



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

Vulnerabilidade ao *stress*, autoeficácia e motivação para o tratamento em toxicodependentes

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

**Sónia Margarida Marinho Gonçalves
Cerqueira**



FACULDADE DE FILOSOFIA
OUTUBRO 2013



Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional de Braga

Vulnerabilidade ao *stress*, autoeficácia e motivação para o tratamento em toxicodependentes

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**

Sónia Margarida Marinho Gonçalves Cerqueira

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Cunha
Veiga Costa**



FACULDADE DE FILOSOFIA
OUTUBRO 2013

Agradecimentos

”Conhecimento não é aquilo que você sabe,
mas o que você faz com aquilo que você sabe.”

Aldous Huxley

Antes de mais, quero agradecer aos participantes da amostra,
pois só com eles seria possível levar avante esta dissertação de mestrado.
Agradeço aos meus pais e família que sempre apoiaram e permitiram-me sonhar.
Sem eles seria impossível, concretizar este sonho.
Agradeço-te a Ti pelo apoio, carinho e paciência.
Agradeço às minhas amigas que sempre estiveram “lá”
para dar aquele apoio que fazia falta.
Por último e não menos importante, agradeço à Faculdade de Filosofia
e à Doutora Eleonora Costa pela sua orientação.

Resumo

A toxicodependência é uma realidade cada vez mais preocupante na atualidade e, deste modo, torna-se fulcral compreender as variáveis que podem estar relacionadas com a motivação para o tratamento assim como para a prevenção da recaída, nomeadamente a vulnerabilidade ao *stress* e a autoeficácia. Assim, este estudo procura compreender a relação entre a vulnerabilidade ao *stress*, a autoeficácia e a motivação para o tratamento de toxicodependentes. Para além disso, pretende-se determinar a vulnerabilidade ao *stress* destes indivíduos, identificar as principais fontes de vulnerabilidade ao *stress*, compreender quais os níveis de autoeficácia e a motivação para o tratamento. Trata-se de um estudo quantitativo, correlacional, com uma amostra de 47, sendo 27 da comunidade do Projecto Homem e 20 da comunidade de Adaúfe. A avaliação ocorreu apenas num momento, sendo, por isso, um estudo transversal. Os resultados indicam níveis elevados de vulnerabilidade ao *stress*, níveis médios de autoeficácia, sendo a dimensão mais elevada eficácia social, e de motivação para o tratamento, com a dimensão pré-contemplação mais elevada. Foram encontradas diferenças significativas tendo em conta a escolaridade, sendo que os participantes com menos escolaridade apresentam níveis mais elevados de eficácia permanente à adversidade; tendo em conta a idade de início de consumo, sendo que os que iniciaram os consumos mais tarde apresentam maiores níveis de eficácia permanente à adversidade, eficácia no geral, níveis mais elevados de motivação no estágio de contemplação e ação; e tendo em conta a história familiar de consumos, sendo que os que não têm história familiar de consumo apresentam maiores níveis de motivação nos estádios contemplação, ação e no total da escala de motivação. Por fim, encontramos correlações significativas positivas entre a vulnerabilidade ao *stress* e a autoeficácia e entre a autoeficácia e a motivação para o tratamento. Concluímos que a autoeficácia e motivação apresentam-se como variáveis preditoras de sucesso terapêutico e que, apesar dos participantes apresentarem níveis elevados de vulnerabilidade ao *stress*, apresentam também elevada autoeficácia e motivação.

Palavras-chave: vulnerabilidade ao *stress*; autoeficácia; motivação para o tratamento; toxicodependência.

Abstract

Drug addiction is a growing concern reality at present and, therefore it's crucial to understand the variables that can be related to the motivation for treatment as well as prevention of relapse, in particular vulnerability and stress -efficacy . Thus this study seeks to understand the relationship between vulnerability to stress, self-efficacy and motivation for the treatment of users of of users of drug addicts. In addition we intend to determine vulnerability to stress these individuals, identify the main sources of vulnerability to stress, to understand what levels of self-efficacy and motivation for treatment. This is a quantitative, correlational, with a sample of 47, 27 being of the Human Project Community and the 20 Adaúfe community. The evaluation took place just a moment, and is therefore a cross-sectional study. The results showed vulnerability to elevated levels of stress, medium efficacy levels, with higher efficacy social dimension and motivation for treatment, the size precontemplative higher. Significant differences were found with regard to education, with participants with less education have higher efficiency míveis permanent adversity, taking into account the age of onset of consumption and the consumption that started later have higher levels of ongoing effectiveness of adversity, overall efficacy, higher levels of motivation at the stage of contemplation and action and taking into account the family history of consumption , and those who have no family history of consumption have higher levels of motivation in the contemplation stage, action and the total scale of motivation . Finally, we found significant positive correlations between vulnerability to stress and between self-efficacy and self-efficacy and motivation for treatment. We conclude that self-efficacy and motivation are presented as predictors of therapeutic success and that despite the participants to give high levels of vulnerability to stress, also have high self-efficacy and motivation.

Keywords: vulnerability to stress, self-efficacy, treatment motivation, addiction.

Agradecimentos	II
Resumo	III
Abstract	IV
Índice	V
Índice de Tabelas	VII

Índice

	Pag.
Introdução	1

Parte I – Enquadramento Teórico

1. Toxicodependência	5
1.1. Conceptualização do Consumo de Substâncias	6
1.1.1. Classificação das Substâncias Psicoativas.....	7
1.2. Conceito de Dependência e Abstinência	9
1.3. Diagnóstico Clínico	10
1.4. Perturbações Associadas à Dependência	11
1.5. Modelos Teóricos e Psicológicos do Fenómeno da Toxicodependência ..	12
1.5.1. Modelo Psicanalítico	13
1.5.2. Modelo Sistémico	14
1.5.3. Modelo Cognitivo	14
2. Vulnerabilidade ao <i>Stress</i>	15
2.1. <i>Stress</i>	16
2.2. Vulnerabilidade ao <i>Stress</i>	17
2.3. Vulnerabilidade ao <i>Stress</i> em Toxicodependentes	20
3. Autoeficácia	20
3.1. Conceptualização de Autoeficácia	21
3.2. Percepção de Autoeficácia em Toxicodependentes	24
4. Motivação	25
4.1. Motivação para o Tratamento	26
4.2. Modelo Transteórico	27
4.3. Motivação para o Tratamento em Toxicodependentes	28

Parte II – Estudo Empírico

1. Metodologia	32
1.1. Objetivos e Desenho de Estudo	32
1.2. Variáveis em Estudo	33
1.3. Procedimentos de Recolha de Dados	33
1.4. Amostra	34
1.4.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra	34
1.4.2. Caracterização Clínica da Amostra	35
1.5. Instrumentos de Avaliação	36
1.5.1. Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos	36
1.5.2. Questionário de Vulnerabilidade ao <i>Stress</i> - 23 QVS	36
1.5.2.1. Características Psicométricas do 23 QVS na amostra em estudo	37
1.5.3. Escala de Avaliação de Autoeficácia Geral	38
1.5.3.1. Características Psicométricas da Escala de Avaliação da Autoeficácia Geral na amostra em estudo	39
1.5.4. <i>University of Rhode Island Change Assessment</i> – URICA	41
1.5.4.1. Características Psicométricas da URICA na amostra em estudo	41
1.6. Procedimento de Análise dos Dados	43
2. Apresentação de Resultados	44
2.1. Níveis de vulnerabilidade ao <i>stress</i> , autoeficácia e motivação para o tratamento em toxicodependentes de duas comunidades terapêuticas	44
2.2. Diferenças ao nível da vulnerabilidade ao <i>stress</i> , autoeficácia e motivação para o tratamento em função das variáveis sociodemográficas.....	46
2.3. Relação entre vulnerabilidade ao <i>stress</i> , autoeficácia e motivação para o tratamento	51
3. Discussão dos Resultados	52
4. Conclusão, Limites de Estudo e Implicações Futuras	56
Referências Bibliográficas	58
Anexos	67

Índice de Quadros

Quadro 1. Caraterização Sociodemográfica da Amostra (N=47)	34
Quadro 2. Caraterização Clínica da Amostra (N=47)	36
Quadro 3. Consistência interna da escala 23-QVS (N=47)	37
Quadro 4. Consistência interna das dimensões e itens da escala de autoeficácia (N=47)	40
Quadro 5. Consistência interna das subescalas e itens do questionário URICA (N=47)	42
Quadro 6. Valores médios das escalas de vulnerabilidade ao <i>stress</i> , autoeficácia e motivação para o tratamento (N=47)	44
Quadro 7. <i>Mann-Whitney</i> para a análise de diferenças nas variáveis psicossociais em função da idade e do nível sociodemográfico (N=47)	47
Quadro 8. <i>Mann-Whitney</i> para a análise de diferenças nas variáveis psicossociais em função da escolaridade (N=47)	48
Quadro 9. <i>Mann-Whitney</i> para a análise de diferenças nas variáveis psicossociais em função da profissão (N=47)	48
Quadro 10. <i>Mann-Whitney</i> para a análise de diferenças nas variáveis psicossociais em função da idade de início de consumo e tempo de duração dos consumos (N=47)	49
Quadro 11. <i>Mann-Whitney</i> para a análise de diferenças nas variáveis psicossociais em função do tempo de tratamento na comunidade e da história familiar de consumos (N=47)	50
Quadro 12. Correlação de <i>Spearman</i> entre as variáveis vulnerabilidade ao <i>stress</i> , autoeficácia e motivação para o tratamento e as suas dimensões/estádios (N=47)	51

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Modelo trasteórico de Prochaska e DiClemente (1982)	27
Gráfico 2. Pontuação de cada sujeito obtida nos questionários de vulnerabilidade ao <i>stress</i> , autoeficácia e motivação para o tratamento (N =47).	45

Introdução

A toxicodependência é uma problemática cada vez mais preocupante na nossa sociedade, com inúmeras consequências, como o isolamento social e afetivo, desemprego, degradação de famílias e de valores, criminalidade e sobrelotação das prisões e serviços de saúde (Feijão, 2004; Ferreira-Borges & Filho, 2004; Laudet, Morgen & White, 2006; Magura, 2003; Rokach, 2005; Sindelar & Fiellin, 2001; White & Kurtz, 2006). Por esta razão, torna-se importante incidir sobre a prevenção e reabilitação destes utentes.

Neste estudo foi feito o levantamento de algumas das variáveis que podem ter influência ao nível da reabilitação destes utentes, na prevenção da recaída. Assim, mostrou-se pertinente o estudo da vulnerabilidade ao *stress* e da autoeficácia e a influência destas variáveis na motivação para o tratamento. Para o efeito, demonstrou-se pertinente avaliar toxicodependentes em contexto de comunidade terapêutica, de forma a compreendermos quais os fatores que influenciam o processo terapêutico e a prevenção da recaída.

Cada vez mais o *stress* é um fenómeno relevante uma vez que condiciona o comportamento e desenvolvimento pessoal (Gomes, 2006, Guillén Gestoso, 2005, cit in Pocinho & Capelo, 2009; Pellegrini, Fernandes & Gomes, 2010). É no século XX que este termo passa a ser utilizado na área da saúde sendo apresentadas várias definições para este conceito. Apontado como um fenómeno adaptativo do ser humano, de um modo lato, para a sua sobrevivência, todos os sujeitos experimentam *stress*, sendo que isso acontece quando a pessoa se encontra perante um acontecimento significativo e que não controla, podendo também ocorrer quando as exigências impostas por este acontecimento ultrapassam as suas aptidões e recursos pessoais e sociais para enfrentá-lo (Martins, s.d; Vaz Serra 2005, cit in Pocinho & Capelo, 2009). Desta forma, o que pode ser nocivo é o excesso desse mesmo *stress*. Apesar de todos os sujeitos experimentarem *stress* ao longo da sua vida, existem determinados indivíduos ou grupos considerados mais suscetíveis ao mesmo – os quais identificamos como vulneráveis ao *stress*. Assim, o conceito de vulnerabilidade vem do latim *vulnera* e refere-se a indivíduos ou grupos considerados mais suscetíveis para a doença, danos ou estratégias negativas, devido a determinadas predisposições genéticas, biológicas ou psicossociais (Anaut, 2005). Maior vulnerabilidade ao *stress* representa um risco aumentado de o indivíduo reagir de forma negativa em determinados acontecimentos de vida (Vaz-Serra, 2000b). Segundo Anaut (2005), a vulnerabilidade ao *stress* pode ser gerada em dois eixos: o pessoal, como uma predisposição genética, de personalidade, e o ambiental, relacionado com

o tipo de interações precárias, nível familiar, rede social, entre outros. Para além disso, Vaz-Serra (2005), refere que a vulnerabilidade ao *stress* pode aumentar ou diminuir consoante diversos fatores: percepção de cada indivíduo sobre o acontecimento, estratégias de características pessoais e de personalidade e rede social. No que se refere ao estudo da vulnerabilidade ao *stress* em toxicodependentes, a escassez dos mesmos é visível.

É na década de 70, segundo a teoria sociocognitiva de Bandura (1997) que surge o conceito de autoeficácia como as crenças que o sujeito tem em relação às suas capacidades para organizar e executar as ações desejadas, ou seja, para compreender uma tarefa. Segundo o mesmo autor, este conceito envolve aspetos cognitivos, emocionais e motores (Batista & Santos, 2008). Assim, pessoas com uma percepção de autoeficácia elevada experimentam menos *stress* em situações de maior esforço pessoal e obtêm motivação e persistência para um determinado objetivo ou vice-versa (Barreira & Nakamura 2006; Grau, Salanova & Peiró, 2001, cit in Pocinho & Capelo, 2009). Neste sentido, compreende-se que a percepção de autoeficácia dos utentes da comunidade terapêutica influencie o seu desempenho, bem como o tratamento. Segundo um estudo de Costa e Caldas (2010), onde foram comparados toxicodependentes em tratamento abstinente e em tratamento com consumos, verificou-se que aqueles que estão abstinentes apresentam eficácia situacional percebida (face a estímulos externos, quer internos), significativamente superior aqueles que estão a fazer tratamento com consumos. Para além disso, não se verificam diferenças quanto ao género relativamente a estímulos internos e externos mas verifica-se que os indivíduos mais adultos percebem mais autoeficácia que os jovens adultos. Salienta-se ainda que vários estudos demonstram que toxicodependentes com um maior nível de autoeficácia estão mais motivados para o tratamento (Ball, Carroll, Canning-Ball & Rousaville, 2006; Laudet, 2003; Laudet, 2007; Laudet, Magura, Cleland, Vogel & Knight, 2003; Longshore & Teruya, 2006; Simoneau & Bergeron, 2003; Simpson, 2004; Wild, Cunningham & Ryan, 2006).

Vários estudos têm apontado a motivação em toxicodependentes como um dos fatores fulcrais para o processo de mudança e para o tratamento dos mesmos (Cahill, Bryon, Hosig, Muller & Pulliam, 2003; DiClemente, Schlundt & Gemmell, 2004; Drieschner, Lammers & Stack, 2004; Miller & Rollnick, 1999; Simoneau & Bergeron, 2003). De um modo geral, podemos definir motivação como o conjunto de forças internas que mobilizam o sujeito a atingir determinado objetivo como resposta a um estado de necessidade, carência ou desequilíbrio (Rodrigues, 1998). Geralmente, a motivação inicial é devida a fatores externos ao sujeito, contudo, segundo Miller e Rollnick (1991) esta pode ser internalizada e

estimulada, desde que se apliquem técnicas específicas e adequadas ao nível de motivação de cada indivíduo. Segundo o Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente (1982), encarando a motivação como um estado de prontidão para a mudança, o sujeito evolui através de cinco estádios que permitem identificar quando ocorrem determinadas mudanças, ou seja, a motivação é concebida como um ciclo dinâmico onde estão definidos os estádios de pré-contemplação, contemplação, determinação, ação e manutenção. O estágio de recaída é igualmente incluído neste ciclo (Ferreira-Borges & Filho, 2004).

Atendendo ao exposto, mostra-se pertinente estudar e compreender a relação que se estabelece entre as variáveis mencionadas anteriormente, visto serem apontadas pela literatura como fatores importantes neste contexto, levando mesmo a predizer a recaída.

Deste modo, importa salientar que o interesse por esta investigação foi despoletado pelo contacto da investigadora com este contexto, de forma a avaliar a vulnerabilidade ao *stress*, a autoeficácia e a motivação para o tratamento dos toxicodependentes, avaliando a relação entre as variáveis mencionadas. Assim, considera-se igualmente importante compreender como os utentes vivem estas realidades, para serem implementados mais programas neste âmbito, uma vez que esta é uma problemática cada vez mais comum na atualidade.

Parte I – Enquadramento Teórico

A primeira parte deste estudo consiste numa revisão teórica da toxicodependência, a vulnerabilidade ao *stress* nestes indivíduos, a autoeficácia e a motivação para o tratamento. Em primeiro lugar, pretende-se compreender a realidade da toxicodependência. Para isso será feita uma conceptualização da temática abordando também os modelos teóricos. Outro dos tópicos a ser abordado é a vulnerabilidade ao *stress* nestes indivíduos. Para além disso, será realizada uma conceptualização do conceito de autoeficácia, abordando os modelos explicativos deste conceito bem como a perceção que os toxicodependentes têm. Finalmente, será abordada a motivação para o tratamento em toxicodependentes tendo em conta o Modelo Transteórico. Desta forma, pretende-se destacar a importância do presente estudo e subsequente investigação nesta área.

1. Toxicodependência

O consumo de drogas é um problema de saúde pública cada vez mais alarmante na nossa sociedade, um fenómeno universal considerado por muitos autores como um desafio nas sociedades atuais, uma epidemia que afeta diversos contextos da vida dos toxicodependentes (Califano Jr., 2001; Feijão, 2004; Ferreira-Borges & Filho, 2004; Laudet, Morgen & White, 2006; Magura, 2003; Rokach, 2005; SAMHSA, 2001 Sindelar & Fiellin, 2001; White & Kurtz, 2006).

Como referem Robison e Berridge (2003), a toxicodependência é um estado representado pela procura e consumos compulsivos de drogas, com um acentuado prejuízo nas atividades do indivíduo, independentemente dos fatores psicológicos ou físicos que mantêm estes comportamentos compulsivos.

Assim, a nível de funcionamento social, família, amigos, redes sociais e, num sentido mais lato, culturas e sociedades vão ser afetadas por estes indivíduos levando esta problemática a outras consequências como o aumento da utilização dos recursos de saúde, da morbilidade e mortalidade, das doenças mentais e físicas e redução da produtividade e autoestima (Laudet, Morgen & White, 2006; Magura, 2003; Rokach, 2005; Sindelar & Fiellin, 2001; Zocalli, Muscatello, Bruno, Bilardi, De Stefano, Felletti, Isgrò, Micalizzi, Micò, Romeo & Meduri, 2007). Para além disso, na literatura encontramos uma série de fatores associados diretamente com esta realidade, nomeadamente famílias desestruturadas, com falta de valores morais, condições de habitação degradadas, aumento da criminalidade e violência e doenças infecto-contagiosas (HIV, hepatite B e C e tuberculose) (Laudet, Morgen & White, 2006; Rokach, 2005; Sindelar & Fiellin, 2001).

De salientar também os elevados custos económicos que reporta a toxicodependência, que podem incluir desde o policiamento, tribunais e prisões, aos cuidados de saúde (devido a overdoses, doenças físicas e mentais) e formação (Magura, 2003; Schuckit, 1995).

Deste modo, é necessário criar-se mais programas de prevenção, uma vez que os consumos de droga em Portugal começam cada vez mais cedo e torna-se alarmante a comparação entre o consumo de substâncias psicoativas em contexto escolar e na população em geral (Feijão, 2004). Não podemos descurar o facto de esta ser uma problemática com diversas consequências essencialmente no que diz respeito ao desemprego, dificuldades económicas, alienação social e dos seus próprio sentimentos e taxas elevadas de comorbilidade psiquiátrica, o que leva inevitavelmente a níveis mais elevados de *stress* e

diminuição da qualidade de vida (Laudet, Magura, Cleland, Vogel & Knight, 2003; Laudet, Morgen & White, 2006; Magura, 2003; Mullen & Hammersley, 2006; Rokach, 2005). Posto isto, quem são e qual o futuro destes adolescentes/jovens que experimentam e entram tão precocemente no mundo das drogas?

1.1. Conceptualização do consumo de substâncias

As primeiras definições de toxicodependência surgem no século XIX pelo campo da medicina, mais precisamente da psiquiatria, como a relação de um indivíduo com várias substâncias psicoativas (Marcelli & Braconnier, 1989). Muitas foram posteriormente as definições sobre esta problemática, atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS), define toxicodependência como um estado de dependência física e/ou psicológica de uma substância tóxica devido ao uso esporádico ou continuado desta (OMS, 2007). Para além disso, o farmacologista alemão, Louis Lewin (1924, cit in Morel, Hervé & Fontaine, 1998) foi o primeiro a tentar fazer uma classificação exaustiva sobre as substâncias. Atualmente, tornou-se difícil classificar e definir todos os produtos naturais e sintéticos e, por isso, não deveria ser descurada uma maior pesquisa nesta área.

Não podemos dizer que as drogas surgiram apenas no fim dos anos sessenta, isto porque desde tempos remotos que todas as sociedades tinham à sua disposição substâncias que pudessem alterar o humor, percepção e estados de consciência. Para além disso, o uso destas substâncias não parece ter sido livre mas sempre regulamentado através de ritos religiosos, práticas médicas ou ritos sociais.

Nos últimos anos, pelo facto de o uso de cocaína e heroína terem levado a uma série de complicações como o HIV, uma vez que são injetadas, e pela maior percepção dos malefícios decorrentes dos consumos (Cornish & O'Brien, 1996; Maristela, 2004), a proibição instalou-se no início do século XX e, posteriormente, no final dos anos sessenta, onde se verificaram restrições à produção, importação e uso dos opiáceos (DiClemente, 2003; Ferreira-Borges & Filho, 2004; Miller, 1998; Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

De seguida serão abordados os diferentes tipos de droga tendo em conta que podemos definir três grupos principais: as sedativas; as estimulantes; e as perturbadoras.

1.1.1. Classificação das Substâncias Psicoativas

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2006), droga é toda a substância que, introduzida no organismo por qualquer via de administração, altera o funcionamento normal do Sistema Nervoso Central (SNC). Podemos encontrar diversos sistemas de classificação das drogas (Cury, 2000; Schuckit, 1995). Lewi (s.d, cit in Morel, Hervé & Fontaine, 1998) diferenciava as drogas tendo em conta o efeito que as pessoas podiam esperar delas (embriaguez, excitação, etc.), Dellay e Deniker (s.d, cit in Morel, Hervé & Fontaine, 1998), em plena revolução farmacológica, interessavam-se pelos medicamentos do psiquismo, com a introdução dos neurolépticos. Outros ainda distinguem-nas de acordo com a sua proveniência (Ferreira-Borges & Filho, 2004) ou o seu carácter legal (Califano Jr., 2001; Ribeiro, 2004). Neste subtópico serão introduzidos os três principais grupos de substâncias, tendo em conta o seu efeito principal sobre o sistema nervoso central: as sedativas; as estimulantes; e as perturbadoras, tal como apresentado por Morel, Hervé e Fontaine (1998).

No grupo dos sedativos podemos incluir o álcool, os barbitúricos, as benzodiazepinas, os outros tranquilizantes, os solventes voláteis e os analgésicos opiáceos e sintéticos. Mais tolerado socialmente devido à sua integração cultural ancestral no Ocidente, o primeiro deles é o álcool e é principalmente metabolizado pelo fígado, sendo os seus principais efeitos euforia, desinibição e segurança levando, posteriormente, a uma possível descoordenação motora, modificações de humor e perturbações do juízo crítico. A ingestão crónica conduz a dependência física e psicológica, assim como a perturbações orgânicas. Os barbitúricos foram os primeiros medicamentos hipnóticos e calmantes utilizados a partir do século XX. Pelo facto de causarem toxicodependência estes medicamentos foram proibidos mais tarde, sendo o principal efeito a diminuição da ansiedade a curto-prazo, contudo podem provocar também sonolência, modificação do sono normal, descoordenação motora e, em quantidades elevadas, sobredosagem mortal. Como alternativa a estes últimos, surgem as benzodiazepinas. Estas são utilizadas para a diminuição do *stress*, da ansiedade e insónias mas também como pré-anestesia e na cura de desintoxicação. O uso elevado pode levar a perturbações de memória e concentração e favorecer sintomas depressivos. Para além disso, outros medicamentos para além dos barbitúrios e das benzodiazepinas atuam sobre a ansiedade e agitação, como o caso dos neurolépticos sedativos, das fenotiazinas, dos carbamatos ou das associações. Os mesmos não parecem levar à dependência. Os solventes voláteis são utilizados como solventes em vários produtos domésticos ou industriais e os seus efeitos são rápidos e de curta duração,

como embriaguez, desinibição, perda de concentração e elocução. Por fim, os analgésicos opiáceos e sintéticos, conhecidos também como narcóticos, pretendem agir sobre o sistema nervoso central em recetores implicados na regulação de diferentes emoções, sendo os principais efeitos analgesia, por vezes anestesia, diminuição de angústia, lentificação do pensamento e diferentes funções fisiológicas (obstipação, hipotensão e miose). A interrupção a síndrome de privação é muito severa levando a ansiedade, insónias, câibras, arrepios e acessos de calor, midríase, rinorreia e bocejos.

No grupo dos estimulantes encontramos o *minor* ou xantinas, as anfetaminas e anorexígenos, a cocaína e a nicotia. As xantinas, bem conhecidas do quotidiano, são principalmente três: a cafeína (café, chã, cola), a teobromina (chocolate) e a tofilina (medicamentos broncodilatadores no tratamento da asma). A utilização crónica em doses elevadas pode levar a aumento de ansiedade, perturbações depressivas, insónias, tremores, taquicardia e hipertensão. O uso de anfetaminas foi praticamente abandonado e hoje em dia são utilizados derivados como antidepressivos psicoestimuladores, os anorexígenos e os psicoestimuladores simpaticomiméticos, usados sobre a vigília, cansaço, euforia, diminuição de apetite, aumento de força física e resistência, em doses elevadas podem provocar hipertensão, taquicardia, perturbações de humor, de sono e de confusão. A cocaína, conhecida pelos seus efeitos estimulantes, tem uma ação principalmente noradrenérgica que produz euforia, excitação, aumento da atividade motora e ideativa e sentimento de onnipotência. Em doses elevadas pode provocar ansiedade grave, enfraquecimento e alteração do estado geral, depressão melancólica ou estados delirantes persecutórios, entre outras. Por último, os efeitos psicotrópicos do tabaco prendem-se essencialmente com a nicotina com toxicidade a nível cardíaco. Os seus efeitos levam a estimulação cortical menor, aumento do ritmo cardíaco, diminuição do tono muscular e aumento das contrações do estômago. A dependência é grave e, em desintoxicação, leva a irritabilidade, diminuição da vigilância, cefaleias, ansiedade, insónias e sinais de depressão.

Relativamente ao grupo dos perturbadores salienta-se a *cannabis*, o LSD, os alucinogénios e os delirotópicos sintéticos. Utilizada pelas suas propriedades psicotrópicas e medicinais, existem vários derivados desta planta: a erva ou marijuana, o haxixe e o óleo. Os sintomas mais frequentemente apresentados são sensação de felicidade, excitação intelectual com dissociação de ideias, modificação do tempo e do espaço, aumento das potencialidades sensoriais, aparecimento de ideias fixas, sobreexcitação dos sentimentos, impulsos irresistíveis, ilusões e alucinações. Relativamente ao LSD, os efeitos produzidos prendem-se

essencialmente com alterações a nível sensorial (visual, auditivo, olfativo, gustativo e cenestésico). Há ainda uma alteração temporoespacial, de pensamento, atenção e memória e de humor que pode variar entre uma euforia agradável a pânico ansioso, causa de possível comportamento suicidário. Conhecidos à séculos, os alucinogénios são numerosos e, hoje em dia, tem apenas um interesse etnológico e histórico. Um dos mais conhecidos é o ecstasy. Os efeitos tóxicos são, nomeadamente, tolerância, perturbações psíquicas do tipo depressivo ou delirante, raros acidentes mortais devido a perturbações do ritmo cardíaco mas também desidratação e insónias.

Apesar de a divisão anterior das substâncias ter sido feita tendo em conta os seus principais efeitos, nesta dissertação vamos considerar como droga qualquer substância psicoativa cuja produção, comercialização e uso/consumo sem prescrição médica, no nosso país, seja ilegal, excetuando, portanto, o álcool, as xantinas e tabaco.

1.2. Conceito de dependência e abstinência

Para uma melhor compreensão desta realidade e tendo em conta que no nosso estudo nos deparamos com utentes que estão abstinentes e outros que não estão, conceitos como dependência e abstinência são importantes.

Todos os seres humanos iniciam a sua vida em situação de dependência e estabelecem relações de dependência mútua ao longo da sua vida, contudo, a dependência de drogas constitui o exemplo da mais perversa dependência (Guimarães & Fleming, 2009).

Segundo a OMS (1969), dependência química é um estado psíquico e físico, que inclui uma compulsão contínua ou periódica, e pode levar a diversas doenças a nível físico e psicológico. Para além disso, pode ser o resultado de fatores biológicos, genéticos, psicossociais, ambientais e culturais. Tendo em conta a mesma organização, podemos definir dois tipos de dependência: psíquica e física. A primeira está relacionada com a sensação de satisfação e impulso psicológico que leva a um uso periódico ou contínuo de forma a produzir prazer ou reduzir o desconforto. Para além disso, a dependência psicológica assenta na ideia que o indivíduo acredita necessitar de consumir para obter equilíbrio e bem-estar e pode ou não ser acompanhada de tolerância (necessidade de progressivamente aumentar as doses para obter o efeito desejado), o que pode levar mesmo a sobredosagens (Schuckit, 1995). Relativamente à dependência física, existe uma adaptação do corpo quando a droga é interrompida, o que se manifesta através de distúrbios físicos, ou seja, da síndrome de

abstinência. Assim, depois do contato com a droga é o próprio organismo que a evoca podendo ocorrer alterações comportamentais que levam sempre à compulsão (Schuckit, 1995).

Tendo em conta o DSM-IV (APA, 2004), os critérios para diagnóstico de dependência centram-se essencialmente nas perturbações comportamentais e psicológicas e não tanto na dependência física, por outras palavras, a dependência centra-se no indivíduo e não na substância. Assim, a dependência ultrapassa o simples consumo da droga e da dependência física e tem de ser vista como um conjunto de componentes biológicos, psicológicos e sociais que têm, fundamentalmente, de ser tratados.

Quando os indivíduos ainda não estão preparados para ficar abstinentes é elaborado um programa de tratamento de substituição opiácea. Estes tratamentos médicos, que surgiram na Europa nos anos 60, são baseados na utilização de uma substância semelhante à consumida normalmente e podem ser de manutenção (onde se fornece ao indivíduo uma quantidade suficiente para reduzir os comportamentos de risco e danos) ou de desintoxicação (em que a quantidade de droga é reduzida até haver remissão do consumo) (OEDT, 2002). O tratamento de substituição é, atualmente, uma das formas mais comuns de tratamento especializado da dependência de opiáceos na União Europeia, sendo que mais de 400.000 pessoas recebem tratamento desta natureza (OEDT, 2004). Vários estudos têm demonstrado os benefícios destes programas ao nível do bem-estar físico, psicológico e social, da redução da criminalidade, dos comportamentos de risco, do HIV/Sida e hepatite C e das mortes relacionadas com o consumo de drogas (Druker, Lurie, Wodak & Alcabes, 1998, Williams, McNelly & D'Aquila, 1992, Lowinson et al., 1997, cit in Solberg Burkhart, & Nilson, 2002; OEDT, 2002).

1.3. Diagnóstico Clínico

Tendo como referência o DSM-IV (APA, 2004), a caracterização da dependência de substâncias implica um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam a utilização continuada da substância, não obstante os graves problemas consequentes ao seu uso.

Assim, existe uma perturbação da dependência de substâncias quando existe um padrão desadaptativo do uso das mesmas, o que leva a um prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, que se manifesta por três ou mais dos seguintes sintomas, durante

um período de pelo menos 12 meses: 1) tolerância, ou seja, necessidades de quantidades mais elevadas da substância para obter o desejado, diminuição do efeito com o uso continuado da mesma quantidade; 2) abstinência; 3) consumo da substância em maiores quantidades ou por um período mais longo do que pretendido; 4) desejo insistente ou esforços sucessivos no sentido de controlar o uso da substância; 5) elevada quantidade de tempo perdido em atividades para obtenção da substância, na utilização da mesma ou na recuperação dos seus efeitos; 6) atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em função do uso das substâncias; 7) uso contínuo da substância, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (APA, 2004).

1.4. Perturbações Associadas à Dependência

A toxicodependência nem sempre foi estudada pela psiquiatria como hoje em dia, tendo já sido incluída nas perversões, psicopatias e nas patologias do narcisismo. Todas estas classificações clínicas levaram a uma serie de consequências, como o envio dos toxicodependentes para hospitais psiquiátricos e violência institucional (isolamento em celas, tratamentos neurolépticos, exclusão de cuidados correntes) (Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

Segundo o DSM-IV (APA, 2004) a toxicodependência encontra-se na Perturbação de Dependência de Substâncias e, frequentemente, encontra-se associada a outras patologias psiquiátricas.

Embora a literatura não seja muito concisa em relação a determinados transtornos emocionais e da personalidade como causa de comportamentos aditivos é de salientar a possibilidade de Perturbação de Conduta na infância, de Perturbação Bipolar na adolescência e de Perturbação Anti-Social da Personalidade ou Bordeline como fatores de risco para o uso de drogas no futuro (Ballone, 2010; Glantz & Leshner, 2000).

Para além disso, existem várias perturbações associadas à toxicodependência, o que complica muitas vezes os tratamentos (APA, 2004). Segundo Angel, Richard e Valleur (2002), esta comorbilidade pode ser interpretada de seis formas: a perturbação mental é consequência direta dos consumos; a perturbação mental modifica a evolução dos hábitos de consumo; a perturbação de dependência é secundária a outra perturbação mental ou da personalidade; o consumo de drogas modifica a evolução da perturbação mental; a

perturbação mental e os consumos são a expressão de uma vulnerabilidade comum; ou a perturbação mental e o consumo de substâncias não tem qualquer relação entre si.

Estudos recentes afirmam que os toxicodependentes apresentam mais perturbações psiquiátricas do que a população em geral e, normalmente, a associação ou comorbilidade que se verifica mais é do consumo de duas substâncias, na maior parte das vezes o álcool (Angel, Richard & Valleur, 2002).

Deste modo, torna-se fundamental fazer um bom diagnóstico, uma vez que podem surgir comorbilidades, o que pode muitas vezes dificultar o tratamento.

1.5. Modelos Teóricos e Psicológicos do Fenómeno da Toxicodependência

Desde há séculos que o sofrimento é apreendido através de paradigmas da doença e da medicina. Assim sendo, a doença é vista como resultado de fatores externos e a cura dessa doença como a eliminação desses mesmos fatores (Morel, Hervé & Fontaine, 1998). Deste modo, a toxicodependência vem sendo descrita segundo vários modelos teóricos.

Intimamente ligada à história da clínica, o primeiro modelo de doença proposto para as dependências, a propósito do álcool, foi proposto pelo psiquiatra Benjamin Rush, no final do século XVIII (Edwards & Taylor, 1994). Este como outros modelos propostos inicialmente são denominados de exógenos, o que indica que a toxicodependência seria devida a uma causa externa ao indivíduo, seria produto da sociedade.

Paralelamente a estes modelos exógenos surgem os modelos endógenos sendo o mais aceite o modelo francês centrado na personalidade do utilizador. Este modelo psicológico desenvolveu-se em vários sentidos, na definição de traumas infantis ou de uma estrutura psíquica como a perversão não sexual (Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

Em simultâneo surgem os modelos endobiológicos, com as descobertas do sistema de funcionamento interno do cérebro, com a possibilidade de intervenção no substrato neurobiológico da atividade humana. Daqui resulta o privilégio do tratamento da toxicodependência através da farmacologia, com tratamentos de substituição e de manutenção (Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

Hoje em dia, a maioria das teorias e modelos explicativos da toxicodependência assentam na conceção biopsicossocial, ou seja, na interação das variáveis endógenas e exógenas. Sendo que existem várias abordagens, biológicas, sociais e psicológicas, neste tópico serão apenas abordadas estas últimas. É visível que as drogas alteram o funcionamento

psíquico, pelo menos durante o efeito das mesmas, e, por isso, serão apresentadas as três abordagens psicológicas sobre o funcionamento psíquico dos toxicodependentes.

1.5.1. Modelo Psicanalítico

Segundo a abordagem psicanalítica, as lembranças inconscientes, feitas de partes recalçadas da história relacional de cada pessoa, são essenciais na produção de sintomas. Aqui a sintomatologia é resultado de lutas entre o mundo pulsional e da vida social, onde o indivíduo se forma pela sua história e a linguagem (Karon & Widener, 1995; Lima & Fuks, 2006).

Para Freud (s.d), a toxicodependência nunca foi vista como uma entidade psicopatológica particular, não sendo tanto um sintoma mas antes uma solução. Segundo Jacques Lacan (s.d), salientam-se duas indicações que seriam mais tarde retomadas por inúmeros autores: a primeira numa conferência dirigida a médicos onde salienta o fato da ciência estar a desprezar determinados efeitos que iriam ter consequências, materializadas sobre a forma de alucinogénios e tranquilizantes, o que complica o problema da toxicodependência; por outro lado, num discurso de encerramento de uma jornada, refere que a droga é a libertação dos constrangimentos ligados ao prazer fálico, ou seja, na linha de como os homens e as mulheres organizam as suas relações com os outros (cit in Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

Desta forma, não podemos dizer que existe uma teoria psicanalítica sobre a toxicodependência mas sim várias, salientando-se atualmente duas na área da clínica: a função do produto numa relação com o outro; e com a sexualidade e os efeitos de nomeação ligados à situação da toxicodependência no discurso social, tendo como produto final o toxicodependente (Agra & Fernandes, 1993).

Pelo facto da droga agir nas perceções externas mas também internas de um indivíduo, a toxicodependência é associada muitas vezes à depressão, como um «escudo contra o sofrimento», citado por Rado, ou como um «curto-circuito na elaboração dos afetos». Assim, as drogas provocam no indivíduo uma alteração no humor, perceção, como uma suspensão no tempo e pensamento (Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

1.5.2. Modelo Sistémico

Tendo em conta a abordagem sistémica, é devido ao meio ambiente que se mantém o sintoma, e, por isso, é sobre este que se vai desenvolver a ação do terapeuta, sobretudo o meio familiar.

Segundo a teoria do *double bind*, proposta pela escola de Palo Alto, o indivíduo é portador de um sintoma devido à dificuldade do grupo do qual ele é o bode expiatório, ou seja, é o sistema em que ele evolui que está perturbado e que necessita ser tratado (Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

Tendo em conta esta abordagem é possível identificar diferentes tipos de famílias, tendo em conta as suas comunicações internas, contudo existem muitos outros fatores a ser valorizados pelo terapeuta, como os mitos e segredos familiares, as alianças inter e transgeracionais, as lealdades invisíveis e transgressões familiares (Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

De salientar ainda três tipos de tipologia das toxicodependências propostas por Luigi Cancrini (1982), assente na abordagem sistémica mas também psicodinâmica: as toxicodependências traumáticas (principia depois de um acontecimento traumático, com início abrupto, onde a droga surge como um alívio rápido e eficaz do sofrimento do paciente); as toxicodependências substitutivas das neuroses atuais (desencadeia-se de forma a cobrir um conflito atual ou recente e que influencia a vida do indivíduo); as toxicodependências enxertadas em neuroses prévias (o indivíduo utiliza as drogas para camuflar uma psicopatologia preexistente, encontrando na utilização das mesmas uma identidade mais valorizante do que a de doença mental. São utilizadas como um comportamento autoterapêutico).

1.5.3. Modelo Cognitivo

Tal como a psicanálise, esta é uma abordagem individual mas centrada na cognição. Desenvolvida principalmente nos países anglo-saxónicos, o indivíduo é concebido como um sistema de tratamento de informação de uma situação, ou seja, trata a informação segundo os esquemas adquiridos e, com a ajuda dos processos cognitivos, transforma-a em acontecimentos cognitivos (Blackburn & Cottraux, 1998). Uma perturbação neste tratamento

de informação leva a comportamentos inadaptados, sendo que o objetivo da terapia passa por reduzir esses comportamentos através de técnicas de controlo.

Segundo Beck (s.d, cit in Beck, Wright, Newma & Liesh, 1993) existem indivíduos predispostos ao uso de psicotrópicos, tendo como principais fatores uma sensibilidade exagerada ao desprazer, motivação deficiente para controlar o seu comportamento, impulsividade, procura de sensações, intolerância ao tédio, fraca tolerância à frustração. Tendo em conta o mesmo autor, a necessidade das drogas é alimentada por pensamentos e crenças disfuncionais. Assim, considera-se que o uso de drogas é uma automedicação da ansiedade e da depressão, como um ciclo vicioso em que o indivíduo retém como uma necessidade incontável.

Desta forma, a terapêutica tem como objetivo modificar o sistema de pensamento individual, restringir o campo dos impulsos, enfraquecer as crenças e mostrar ao paciente diferentes formas de controlar e modificar o seu comportamento e, ao mesmo tempo, tratar os aspetos subjacentes ao abuso de drogas (depressão, ansiedade, perturbações da personalidade, etc.), sendo, por isso, uma terapia ativa (Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

Esta abordagem é principalmente criticada por descuidar da dimensão emocional, afetiva e histórica.

2. Vulnerabilidade ao *stress*

Em contexto clínico verificamos que a vulnerabilidade ao *stress* é um fator muito variável de indivíduo para indivíduo, sendo que, se ao mínimo estímulo aversivo um utente pode descompensar, outro parece resistir a um grande número de situações menos agradáveis.

O facto de um indivíduo se sentir ou não em *stress* depende do grau de vulnerabilidade que o mesmo desenvolve em relação a determinada situação, ou seja, o mesmo vivência *stress* pelo facto de sentir que não possui aptidões ou recursos para determinada exigência (Serra, 2000).

Neste sentido, não poderíamos abordar a temática da vulnerabilidade sem antes abordarmos o próprio *stress*.

2.1. Stress

Durante o dia-a-dia o indivíduo envolve-se num determinado número de tarefas de fácil execução pelo facto de ao longo da sua vida ter tido a oportunidade de aprender um determinado número de respostas adequadas a variadas situações. Contudo, por vezes, algumas circunstâncias saem das rotinas e exigem uma nova adaptação. Se a circunstância é parecida com as que foram anteriormente vivenciadas e resolvidas pelo indivíduo, ele vai utilizar estratégias semelhantes e a situação fica resolvida. Porém, existem outras circunstâncias totalmente novas em que a pessoa não sabe o que fazer, o que leva então ao *stress* (Serra, 2000).

Este conceito começou a ser alvo de inúmeras pesquisas a partir da segunda grande guerra e da guerra da Coreia, devido à importância do *stress* no combate militar, tendo o mesmo conceito sido reconhecido como um aspeto inevitável na vida de um indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984). Contudo, desde o século XIV que este termo existe na língua inglesa (Mazure & Druss, 1995, cit in Serra, 2002). No século XIX este passa a ser visto como forças externas pressões ou tensão a que as pessoas ou objetos estavam submetidas (Guillén & Gestoso, 2005) ou ainda como pressão sobre um órgão corporal ou sobre a mente humana (Shaffer, 1982). É no século XX que este conceito passa a ser utilizado na área da saúde e, hoje em dia, é fluente no discurso do quotidiano, sendo relevante na vida de cada indivíduo.

Hans Selye (1956), em 1950, introduz este conceito na sua obra *A syndrome produced by diverse nocuous agents*. Anos mais tarde, Lazarus e Folkman (1984) abordam o mesmo como um confronto do indivíduo e o seu mundo exterior, sendo a avaliação que o indivíduo faz que determina se essa relação excede, ou não, os seus recursos e coloca em causa o seu bem-estar. Por sua vez, Serra (2005) acrescenta que não é possível uma pessoa estar livre de *stress*. Segundo o mesmo autor, consideramos que um indivíduo se encontra em *stress* quando não tem aptidões ou recursos para fazer face a determinada circunstância que é importante para si. O indivíduo passa a ter a percepção de falta de controlo sobre essa circunstância o que leva a sentir-se vulnerável em relação à mesma (Serra, 2000, 2005). A percepção desta falta de controlo pode ser ainda real ou uma mera crença e pode ser devido a circunstâncias externas ou internas (Serra, 2000). Para além disso, acrescenta-se que o facto de um indivíduo se sentir em *stress* está relacionado com o grau de vulnerabilidade ou de autoconfiança que o mesmo desenvolve em relação a determinadas circunstâncias (Serra,

2000). De uma forma mais lata, podemos então afirmar que o *stress* surge de um desequilíbrio entre as exigências da situação de agressão e os recursos que o indivíduo possui para a enfrentar (Fortin & Bigras, 2000).

O *stress* é inerente a todo o ser humano, todos nós vivenciamos *stress*. Contudo, não deveremos considerar todo o *stress* como prejudicial, ou seja, o *stress* que promove o desenvolvimento pessoal e que se circunscreve a qualquer circunstância que é ultrapassada com êxito é benéfico. Consideramos apenas *stress* prejudicial aquele que, centrado na ocorrência ou no indivíduo, perturba prolongadamente a estabilidade do indivíduo (Serra, 2000, 2005). Na mesma ótica, Jesus (2002, 2005) refere que o *stress* funcional é aquele que se torna um fator de desenvolvimento e promove sentimentos de eficácia pessoal e, por isso, podemos denomina-lo de *eustress*. Por sua vez, quando o indivíduo não possui competências adequadas para lidar com as exigências e desenvolve sentimentos de mal-estar estamos perante *distress*.

Vários trabalhos têm incidido, ainda, sobre o estudo dos fatores que podem induzir *stress*. Holes e Rahe (1967, cit in Leal, 1998) introduziram o conceito de “life events” para denominar os acontecimentos de vida que induzem *stress*, uma vez que estes, ao requererem uma adaptação física e psicológica num curto período de tempo, tornam o indivíduo mais vulnerável à doença. São os acontecimentos de vida traumáticos sobre os quais se debruçam mais estudos, contudo, é importante salientar também os pequenos acontecimentos de vida, denominados por vários autores como *micro indutores de stress*, uma vez que são suscetíveis de causar *stress* quando experimentados e podem ocorrer em diversas áreas. Para além disso, são superficiais, ao contrário dos acontecimentos traumáticos, e dependem da personalidade do indivíduo, tendo poucas repercussões sociais. Por sua vez, os macro indutores de *stress* estão relacionados com condições sociais e económicas do sistema e afetam os indivíduos da sociedade na globalidade (Serra, 2002).

2.2. Vulnerabilidade ao *stress*

Com o decorrer dos anos têm-se vindo a compreender que os efeitos do *stress* num indivíduo são mediados por um conjunto de fatores de ordem biológica, psicológica e social, sendo que estes podem atenuar ou aumentar os efeitos. Até este tópico abordamos então o conceito de *stress* para neste momento explicarmos e compreendermos o que é a vulnerabilidade ao *stress*.

Antes de fazer referência ao conceito de vulnerabilidade ao *stress*, sua contextualização e concetualização, será importante clarificarmos o que é ser vulnerável. Segundo a literatura, a pessoa tem a percepção de estar sujeita a perigos, internos ou externos, sobre os quais não tem controlo ou, pelo menos, não encontra controlo suficiente que lhe transmita segurança, ou seja, a pessoa encontra-se vulnerável quando não possui aptidões ou recursos necessários para lidar com as exigências de uma circunstância específica (Beck & Emery, 1985). Quando uma pessoa se sente vulnerável perante uma circunstância desenvolve crenças de que não consegue superar as dificuldades, o que o leva, a nível interno, a inibir o discurso e a recordação de memórias armazenadas e, a nível externo, impede o exercício de aptidões existentes (Beck & Emery, 1985).

O termo vulnerabilidade vem do latim *vulnera* que significa ferir, devido a determinadas predisposições genéticas, biológicas ou psicossociais, e é utilizado para designar um indivíduo ou grupos considerados suscetíveis para a doença, dano ou estratégia negativa (Anaut, 2005). A vulnerabilidade pode, então, ser considerada um estado de menor resistência perante fatores nocivos e agressões (Anaut, 2005) ou, por outras palavras, um conjunto de fatores que tornam certas pessoas mais suscetíveis do que outras a episódios de perturbação mental (Goldberg & Huxley, 1996).

Segundo Brown (1993), nos anos 70 surgiu a necessidade de distinguir acontecimentos de vida e os fatores de vulnerabilidade que modificam a resposta da pessoa. Para além disso, o mesmo autor encara a vulnerabilidade como o risco aumentado de se reagir de uma forma negativa perante um acontecimento de vida, havendo por isso uma interação entre este último e o fator de vulnerabilidade.

Outros autores, como Dohrenwend (1998), referem-se ao conceito de vulnerabilidade ao *stress* como o resultado da relação entre as forças e fraquezas da predisposição individual e os ativos e passivos da vida corrente que ajudam a ampliar ou reduzir o impacto dos acontecimentos. É segundo os processos de avaliação que a quantidade de modificações negativas, que interferem com a vida do indivíduo, podem aumentar ou diminuir. Quando estas estratégias não são eficazes para ultrapassar as dificuldades existentes, a percepção do indivíduo de falta de controlo sobre o acontecimento é acentuada.

A vulnerabilidade de um indivíduo pode ainda aumentar ou diminuir tendo em conta vários fatores. Os fatores que predispõe a uma maior vulnerabilidade podem ser agrupados em físicos, psicológicos e sociais (Serra, 2000). Os primeiros dizem respeito à dotação genética de cada pessoa, que determina a forma como cada pessoa reage a acontecimentos

aversivos. Assim, o facto de um indivíduo ser vulnerável geneticamente indica que o mesmo descompensa mais facilmente e tende a desenvolver perturbações crónicas. Os fatores psicológicos dizem respeito à forma como o indivíduo percebe o mundo que o rodeia, às distorções da realidade que podem facilitar e predispor a que um indivíduo se sinta em *stress*. Devemos ainda considerar dois aspetos relevantes nos fatores psicológicos: a personalidade e os esquemas mentais. Por último, os fatores sociais englobam principalmente os fatores socioeconómicos que, segundo Kohn, Dohrenwend e Mirotznick (1998), são de extrema importância, verificando-se que quanto mais baixo o estatuto existe maior probabilidade de ocorrer doenças, isto porque nos meios sociais mais desfavorecidos também se evidenciam mais condições de vida adversas. Haggerty e colaboradores (2000), refere ainda alguns fatores que caracterizam uma maior vulnerabilidade, tais como a prematuridade, a desnutrição, o baixo peso, as lesões cerebrais, o atraso no desenvolvimento, famílias destruídas, minorias sociais, desemprego, pobreza, dificuldades de acesso à saúde e educação. Por sua vez, no que se refere aos fatores atenuantes da vulnerabilidade, Rutter (1985) salienta o papel do suporte social no impedimento do aumento de transtornos psicopatológicos. Para além disso, segundo o mesmo autor, outros fatores a ter em consideração no que respeita à maior ou menor vulnerabilidade são as características da personalidade, a forma adequada de lidar com os acontecimentos, a prática regular de exercício físico e uma dieta equilibrada.

Beck e Emery (1985) fazem referência a dois domínios de vulnerabilidade: a sociabilidade, que engloba os vários tipos de interações pessoais que um indivíduo considera cruciais para a sua sobrevivência e gratificação e as atividades que são necessariamente dependentes para a sua satisfação, para o relacionamento com as outras pessoas; e a individualidade, ou seja, as expressões de valores e atitudes que se tornam relevantes para a pessoa puder alcançar sentido de identidade, competência e independência.

Assim, abordagem deste conceito, segundo Anaut (2005) deve ser multifatorial onde se tenta compreender tanto os fatores de vulnerabilidade como os fatores de proteção de um indivíduo e/ou grupo. Assim, podemos considerar que a vulnerabilidade é gerada segundo dois eixos: a vulnerabilidade pessoal (centrada no sujeito com predisposições genéticas, no seu desenvolvimento, personalidade e recursos) e a vulnerabilidade associada ao ambiente e suas insuficiências (interações precárias e inadequadas ao nível familiar e da rede social, no trabalho e a pobreza).

Neste sentido, não podemos esperar que a vida de um indivíduo seja vivenciada sem a presença de situações ou circunstâncias indutoras de *stress* – esta é uma condição de vida. A

nível clínico podemos é ensinar à pessoa estratégias que a ajudem a lidar e ultrapassar as dificuldades.

2.3. Vulnerabilidade ao *stress* em toxicodependentes

A literatura é escassa no que se refere ao estudo da vulnerabilidade ao *stress* na população toxicodependente, não identificando se estes indivíduos são ou não mais vulneráveis do que a população em geral. Salienta-se apenas um estudo de Brown, Vik, MsQuaid, Patterson, Iewin e Grant (1990) onde se verifica a hipótese da vulnerabilidade ao *stress* estar relacionada com o consumo de álcool e uso de drogas na presença de grande tensão, sendo que estes consumos são mediados pela presença de fatores de risco e proteção que levam a uma vulnerabilidade psicossocial do indivíduo para a recaída. Para além disso, estudos revelam que o consumo de álcool ou drogas perante agentes *stressores* é utilizado como recurso para aliviar a angústia emotiva (Marlatt & Gordon, 1985).

Por sua vez, o suporte social (familiares, amigos) é um dos fatores mencionados para uma menor vulnerabilidade ao *stress* nestes indivíduos (Biggam & Power, 1997; Brown & Day, 2008; Ivanoff & Jang, 1991).

Mais uma vez, salientamos a falta de estudos a nível da vulnerabilidade ao *stress* na população toxicodependente, principalmente em contexto de comunidade terapêutica onde não conseguimos obter estudos que fundamentassem essa temática.

3. Autoeficácia

O conceito de autoeficácia, inicialmente aplicado no estudo clínico, rapidamente se alargou a diversas áreas como a saúde, educação, desporto, organizações, orientação vocacional, entre outras (Araújo & Moura, 2011). Sendo um conceito recente, surge no século XX através da Teoria Social e Cognitiva de Bandura (1997). Estabilizador do funcionamento humano e com um papel fundamental a nível da autorregulação, processos cognitivos, motivação e na regulação dos estados afetivos e da escolha de tarefa a desempenhar, este constructo é descrito, de uma forma sucinta, como as crenças e expectativas que um indivíduo possui nas suas capacidades para desempenhar determinadas tarefas e que tem influência sobre os seus pensamentos, sentimentos e comportamento (Bandura, 1994,

1997; Cruvinel & Boruchovitch, 2009; Batista & Santos, 2008; Pocinho & Capelo, 2009; Nunes, 2008). Vários estudos têm demonstrado a importância de uma elevada perceção de autoeficácia ao nível da realização pessoal, melhor integração social e saúde em geral (Araújo & Moura, 2011; Schilz, Doña, Sud & Schwarzer, 2002). Para além disso, é importante salientar a influência deste constructo na vulnerabilidade ao *stress* e motivação, conceitos estudados nesta dissertação e que serão abordados neste capítulo.

3.1. Concetualização da autoeficácia

O conceito de autoeficácia emergiu na década de 70 do século XX, através da teoria Social Cognitiva de Bandura (1997). Segundo este autor, a autoeficácia diz respeito à crença que um indivíduo possui nas suas capacidades para organizar e executar as ações desejadas, de forma a obter os resultados esperados. Por outras palavras, este conceito refere-se ao juízo que cada pessoa faz acerca das suas capacidades para empreender uma tarefa (Bandura, 1977, 1986, 1997, cit in Araújo & Moura, 2011; Batista & Santos, 2008). Assim, consideramos que este constructo diz respeito às crenças que o indivíduo possui sobre as suas capacidades para produzir determinados níveis de desempenho que influenciam os eventos que ocorrem na sua vida. Essas crenças dizem respeito ao julgamento do próprio indivíduo perante uma determinada tarefa e estão relacionadas com as expetativas ligadas ao self e a perceção das suas competências, influenciando os padrões de pensamento e a forma como as pessoas se sentem e se comportam (Araújo & Moura, 2011; Bandura, 1994; Cruvinel & Boruchovitch, 2009; Nunes, 2008). Para além disso, as crenças de autoeficácia podem variar tendo em conta três dimensões: o nível ou magnitude, ou seja, a dificuldade de uma determinada tarefa; a força, a certeza de sucesso na resolução de determinada tarefa; e a capacidade de generalizar, devido às crenças de magnitude e força, o indivíduo generaliza a diferentes tarefas e situações (Chen, Gully & Eden, 2001).

Ainda tendo em conta a Teoria Social Cognitiva de Bandura (s.d., cit in Barros & Batista-dos-Santos, 2010; Freitas & Dias, 2010; Lamas & Patrício, 2008), o princípio da reciprocidade triádica defende que os fatores intrínsecos do indivíduo, como a cognição, emoção e aspetos biológicos, interagem reciprocamente com os fatores externos/ambientais. Para além disso, segundo este princípio, as crenças de autoeficácia podem surgir de quatro fontes de informação: as experiências de desempenho ou realizações anteriormente conseguidas; as experiências vicariantes; a persuasão verbal ou social; e os estados

fisiológicos e emocionais (Barros & Batista-dos-Santos, 2010; Freitas & Dias, 2010; Pajarez & Olaz, s.d., cit in Lamas & Patrício, 2008; Schunk, 1995).

Assim, as crenças de autoeficácia de um indivíduo exercem controlo sobre as suas próprias ações, condutas e pensamentos, fundamental para que o indivíduo atinja as suas metas e execute com sucesso as tarefas às quais se propõe. Assim, se um indivíduo não acredita ser capaz de desempenhar com sucesso determinada tarefa, ele não vai fazer um esforço para realizar a mesma. Por sua vez, se a pessoa acredita nas suas habilidades e competências, essa crença contribuirá para o êxito do seu desempenho (Nunes, 2008; Pocinho & Capelo, 2009). Para além disso, indivíduos com baixo nível de autoeficácia, normalmente, duvidam das suas capacidades, evitam desafios que acreditam que não conseguem superar e encaram-nos como uma ameaça, possuem baixas aspirações e não se empenham na realização das tarefas (Bandura, 1994; Nunes, 2008). Pelo contrário, indivíduos com elevados níveis de autoeficácia são descritos como pessoas confiantes nas suas capacidades, encaram as tarefas complicadas como desafios de aprendizagem e crescimento, propõe a eles mesmos tarefas desafiadoras, mantêm os mesmos esforços perante um possível fracasso e quando isso acontece atribuem o seu insucesso a esforços insuficientes ou alguma falta de conhecimento e capacidades que podem ser adquiridas. Desta forma, desenvolvem realizações pessoais e diminuem a vulnerabilidade ao *stress* e depressão (Bandura, 1994; Nunes, 2008).

De uma forma geral, a perceção de autoeficácia pode ter diversos efeitos a nível do pensamento, sentimentos, comportamentos e da própria motivação, importante para que o indivíduo atinja os objetivos e execute com sucesso as tarefas a que se propõe, determina a quantidade de esforço que um indivíduo vai dispor e durante quanto tempo persistirá antes dos desafios (Bandura, 1994; Bandura, 1997; Pocinho & Capelo, 2009; Ribeiro, 1995). A nível de pensamento verifica-se que os processos cognitivos são facilitados por uma elevada autoeficácia, que levam a um melhor desempenho em diversas situações. Relativamente aos sentimentos, uma baixa perceção de eficácia por parte do indivíduo pode levar a depressão, ansiedade, baixa autoestima e pensamentos pessimistas. Para além disso, a nível comportamental observa-se que uma autoeficácia elevada leva a enfrentar tarefas difíceis como desafios a serem superados e não como ameaças a serem evitadas e persistem por mais tempo.

Segundo a Teoria Social Cognitiva de Bandura (1997), podemos ainda identificar quatro processos mediadores de autoeficácia, nomeadamente os processos motivacionais, os

processos cognitivos, os processos afetivos e os processos de seleção (Medeiros, Loureiro, Linhares & Maturano, 2000; Oliveira, 2008). Relativamente à motivação podemos considerar que a relação é diretamente proporcional às crenças de autoeficácia, ou seja, quando o indivíduo possui crenças fortes nas suas capacidades pessoais é capaz de investir e fazer um esforço maior para ultrapassar os obstáculos e dificuldades que surjam na sua vida. Quando o indivíduo não confia nas suas capacidades tende a desistir e não investir o seu tempo e esforço para a superação de determinada tarefa. A influência da autoeficácia nos processos cognitivos repercute-se a nível dos juízos que um indivíduo cria relativamente à interpretação das suas competências e da tarefa proposta – indivíduos com um bom juízo de autoeficácia apresentam capacidade de se visualizarem a si mesmos a executar a tarefa em questão, recorrendo a boas construções cognitivas para ultrapassar todos os obstáculos com que se deparam. O comportamento humano, na maior parte das vezes, é regulado por pensamentos prévios relativamente à situação a ultrapassar, sendo que se o indivíduo fizer uma interpretação positiva vai obter uma maior confiança e investir na realização da tarefa. Os processos afetivos influenciam a quantidade de *stress* e ansiedade do indivíduo em determinadas situações. Os estados de humor tem influência a nível de autoeficácia no sentido em que se um indivíduo se encontra num estado de humor positivo as suas recordações serão de grandes momentos e realizações, elevando a sua autoperceção, por sua vez, se o seu humor está debilitado o mesmo vai recordar mais facilmente os fracassos em acontecimentos anteriores, o que diminui a sua autoperceção de eficácia. Por último, os processos de seleção afetam o curso da vida de cada indivíduo devido às escolhas de atividades e ambientes que considerem seguros, desafiadores e recompensadores. Indivíduos que procuram ambientes desafiadores criam condições necessárias para desenvolver competências, valores e interesses e tendem a fortalecer a autoconfiança, ao passo que indivíduos que evitam esses ambientes acabam por não desenvolver as próprias crenças de autoeficácia.

Este conceito denota grande importância e distingue-se de outros, como o autoconceito, autoestima e *locus* de controlo, em três aspetos centrais: autoeficácia implica uma atribuição interna; é prospetiva, ou seja, refere-se a comportamentos futuros; e é um constructo operativo, bom preditor do atual comportamento (Schwarzer & Hallum, 2008).

No que concerne à relação entre a autoeficácia e o *stress* desenvolveram-se diversos estudos. Grau, Slanova e Peiró (2001) salientam que a autoeficácia modera relações entre fatores de *stress* e as suas consequências, ou seja, baixos níveis de autoeficácia estariam

associados a maiores níveis de *stress*. Na mesma ótica, Slanova, Grau e Martinez (2006) acrescentam que níveis superiores de autoeficácia estão associados a baixas sensações de mal-estar psicológico e, ainda, têm maior controlo sobre as estratégias ativas em situações de *stress*. Assim, indivíduos com percepção de autoeficácia mais elevada têm maior controlo sobre os acontecimentos *stressantes* e maior determinação na resolução de determinada situação (Schwarzer & Schmitz, 2004).

A autoeficácia tem sido comumente entendida como um conceito de domínio específico, uma vez que a pessoa pode apresentar diferentes níveis de autoconfiança em diferentes circunstâncias. Contudo, se tivermos em conta a autoeficácia como preditor tendo em conta variáveis como a qualidade de vida, bem-estar e saúde, estamos a utilizar uma medida geral de autoeficácia.

3.2. Percepção de autoeficácia em toxicodependentes

No que se refere aos estudos sobre os níveis de percepção de autoeficácia em comparação com a população em geral apuramos que a maioria dos toxicodependentes têm baixa autoeficácia e falta de habilidade para capacitá-los a ser independentes na sua relação com a sociedade, influenciando-os a recair (Ibrahim, Kumar Samah, 2011).

Para além disso, os autores salientam uma relação entre a autoeficácia e a capacidade de ultrapassar os problemas e obter sucesso no tratamento. Assim, a maioria dos toxicodependentes quando apresenta elevada autoeficácia demonstra superar os problemas, não desistir facilmente e resolver problemas de forma positiva e inteligente, ao contrário dos que apresentam baixa autoeficácia que tendem a recair com maior facilidade (Allsop, Saunders & Phillips, 2000). Acrescenta-se que a baixa autoeficácia dos toxicodependentes parece estar relacionada com as suas próprias experiências de falha para se libertarem, do abuso de drogas (Ibrahim, 2008; Marks, 2002). Esta situação pode ser descrita pela teoria da autoeficácia de Bandura (1977). Segundo ele, o indivíduo que tem várias experiências de sucesso deverá ter maior percepção de autoeficácia em várias situações em relação ao indivíduo que tem experiências de fracasso.

Salienta-se, ainda, que a maioria dos estudos referentes à relação entre a autoeficácia e toxicodependência, se focam em crianças e jovens, como fator de proteção ou risco. Desta forma, segundo a literatura elevados níveis de autoeficácia são um fator protetor para crianças

e jovens no que concerne ao consumo de substâncias (Garmezy, 1985; Jessor, Van Der Blos, Vanderryn & Costa, 1995; Masten & Coatsworth, 1998; Pacheco & Murcho, 2009).

4. Motivação

O conceito de motivação tem merecido atenção na área da psicologia e revela-se de elevada importância na área das dependências, visto que abandonar o uso de substâncias está intrinsecamente relacionado com determinados comportamentos aos quais a motivação se encontra vinculada. É amplamente estudado em áreas da saúde, programas oncológicos, perturbações do comportamento alimentar, bem como no tratamento de dependências de substâncias e outros comportamentos de risco (Ogden, 2000).

Do latim *movere*, que significa “mover”, a motivação relaciona-se com o que é suscetível de mover o indivíduo, de o levar a agir para alcançar determinado objetivo e produzir comportamentos orientados (Maximiano, 2006). Segundo Rodrigues (1998), é, assim, um conjunto de forças internas que mobilizam o indivíduo para atingir um determinado objetivo como resposta a um estado de necessidade, carência ou desequilíbrio. Contudo, se até há bem pouco tempo se acreditava que este conceito era algo imutável, suscetível de ser alterado (o indivíduo estava motivado ou não), hoje em dia compreende-se que existem fortes possibilidades de intervir sobre o estado emocional dos indivíduos, levando-os a atingir maiores níveis de motivação (Rollnick & Miller, 1991), sobretudo no que se refere à motivação para o tratamento.

Segundo Fiamenghi (2001), os temas abordados na área da Psicologia, na sua maioria, podem ser considerados sobre a ótica da motivação, uma vez que todo o comportamento humano é orientado na busca de determinado objetivo e, por isso, é motivado. Tendo em conta o mesmo autor, apesar do motivo ser um fator interno este pode advir de estímulos externos. Na mesma ótica, Jungerman e Laranjeira (1999) referem que a motivação não deve ser encarada como um traço de personalidade mas sim como um estado de prontidão, que pode variar tendo em conta a situação.

Desta forma, o conceito de motivação pode ser entendido como um conjunto de forças percebidas que levam o indivíduo a agir, influenciado pelas suas experiências e outros fatores externos, considerando que o seu motivo de ação, para alcançar determinado objetivo, é,

então, impelido por motivações intrínsecas e extrínsecas (Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2000; Sprinthall & Sprinthall, 1993).

Deste modo, neste capítulo iremos abordar o conceito de motivação para o tratamento, essencialmente no que diz respeito à toxicodependência.

4.1. Motivação para o Tratamento

Como é consensual na literatura, a motivação é um dos fatores mais importantes para o processo de mudança e tratamento (Cahill, Bryon, Hosing, Muller & Pulliam, 2003; DiClemente, Schlundt & Gemmell, 2004; Drieschner, Lammers & Staak, 2004; Simoneau & Bergeron, 2002). A pesquisa e abordagem desta temática registou nos últimos anos uma evolução significativa no que diz respeito à motivação para o tratamento e à mudança para o tratamento. De acordo com Drieschner e colaboradores (2004), a literatura tende a concetualizar a motivação para o tratamento como um estado do paciente e, por isso, sujeito a influências do próprio processo terapêutico.

A recuperação de um paciente é um processo de tratamento e crescimento que vai muito além da mera abstinência de substâncias (Landry, 1994). A ausência de motivação e a não adesão ao tratamento constituem, provavelmente, as causas de maior insucesso a nível terapêutico, conduzindo a disfunções no sistema de saúde e a um aumento da morbilidade e da mortalidade. Daí a importância de ajudar e levar o sujeito a atingir elevados níveis de motivação para o tratamento.

Assim, a motivação para o tratamento pode ser influenciada por fatores externos, que devem ser um importante foco de atenção para o terapeuta. Jungerman e Laranjeira (1999) identificam algumas situações que, em terapia, podem ser indicadores de motivação por parte do paciente, nomeadamente o facto de concordar com o terapeuta, expressar vontade de mudar e ser ajudado e seguir os conselhos do terapeuta.

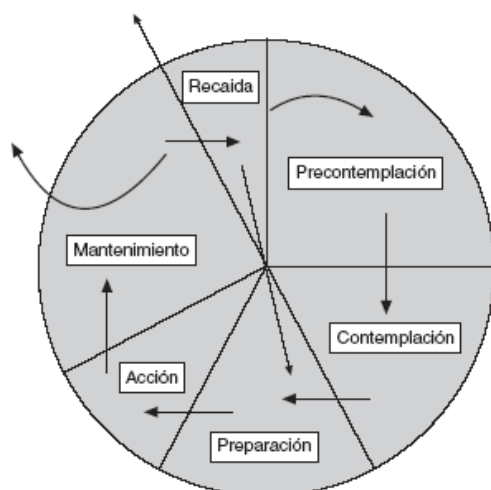
Uma das formas de aumento da motivação para a mudança é devida à entrevista motivacional de Miller (1983) abordagem impulsionada por uma série de investigações nos anos 70 e 80 que indicam que os indivíduos que participam em intervenções breves apresentam padrões de motivação e mudança muito diferentes dos indivíduos que não participam, estudos estes corroborados pelas investigações recentes (Borsari & Carey, 2000; Miller, 1996; Miller & Rollnick, 2002).

Embora sejam vários os modelos que se focam na motivação para o tratamento, todos eles formulam, de uma forma ou de outra, os mesmos pressupostos metodológicos. Salientamos sobretudo duas abordagens no que respeita à motivação para o tratamento: a conceção de motivação para o tratamento contida no modelo de orientação dinâmica (Cohen, 2002; Frances, Franklin & Borg, 1997; Khantzian, Halliday & McAuliffe, 1990; Weegmann, 2002) e a contribuição do modelo transteórico, que será focado de seguida nesta dissertação (Prochaska & DiClemente, 1982).

4.2. Modelo Transteórico

O modelo transteórico, apresentado por Prochaska e DiClemente (1982), introduz uma gradação na medida da motivação para o tratamento, atribui-lhe um carácter estático e simultaneamente dinâmico e depende quer do paciente quer do terapeuta e da relação de ambos. Este modelo permite uma conceção global de motivação para a mudança, segundo a qual o sujeito evolui através de cinco estádios, que não são necessariamente lineares e que permitem identificar quando ocorrem determinadas mudanças (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993; Ferreira-Borges et al, 2004; Gustavo & Cabrera, 2000; Mayor & López, 1998; Rollnick & Miller, 1991; Szupszynski & Oliveira, 2008; Yoshida, 2002). Assim, segundo este modelo, a motivação é concebida como um ciclo dinâmico, de desenho circular, onde estão definidos os seguintes estádios: pré-contemplanção, contemplanção, determinação, ação e manutenção (Gráfico 1, Modelo Trasteórico). Para além disso, deve ser considerado também o estágio de recaída

Gráfico 1. Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente (1982)



De uma forma geral e sucinta, no primeiro estágio o sujeito nega o seu problema e a motivação do mesmo é ambivalente: quer tratar-se por não ter outra alternativa e não quer porque não consegue imaginar maior prazer do que o uso de drogas. No estágio de contemplação, surge alguma consciência do problema por parte do sujeito, contudo, predomina a ambivalência: o sujeito pensa na mudança mas não se sente preparado para agir. No estágio de determinação, o indivíduo sente-se motivado para tomar uma atitude, pensa em diversas possibilidades mas age impulsivamente, por esse motivo, neste estágio, muitas vezes ocorrem saídas do tratamento mesmo que temporárias. No quarto estágio de ação, já se verificam alterações conscientes, com ideias determinadas, ocorrem mudanças bem estruturadas e existem evidências de um esforço real nesse sentido. No estágio de manutenção verificam-se, preservam-se e fundamentam-se os valores adquiridos pelo indivíduo, sendo um processo de mudança ativo, necessário para dar continuidade ao esforço para não regressar aos padrões comportamentais indesejados. É neste estágio que o terapeuta deve ajudar o paciente a formular estratégias que auxiliem a prevenção da recaída, tal como o fortalecimento da autoeficácia (Rangé & Marlatt, 2008). Desta forma, o estágio da recaída pode ocorrer durante o processo de mudança – o que não implica uma regressão total. Esta etapa considera-se incorreta, contudo, pode levar o indivíduo a uma boa aprendizagem para uma mudança futura.

Segundo mesmo modelo, é viável uma intervenção diferenciada, no sentido de incidir sobre a motivação do sujeito, com diferentes abordagens tendo em conta a fase específica em que o mesmo se encontra.

Tendo em conta o que foi referido, com este trabalho de investigação, pretendemos compreender a fase de motivação para o tratamento/mudança em que os sujeitos se encontram e a relação com as variáveis mencionadas anteriormente – vulnerabilidade ao *stress* e autoeficácia.

4.3. Motivação para o Tratamento em Toxicodependentes

O estudo da motivação na área dos consumos de substâncias, como já foi salientado anteriormente, tem sido alvo de grande estudo, isto porque a motivação é um dos fatores mais importantes para o processo de mudança e tratamento de um toxicodependente (Cahill,

Bryon, Hosing, Muller & Pulliam, 2003; DiClemente, Schlundt & Gemmell, 2004; Drieschner, Lammers & Staak, 2004; Simoneau & Bergeron, 2002)

No que diz respeito aos toxicodependentes, verifica-se que o nível de motivação para o tratamento é determinado, ao início, em função do reconhecimento dos problemas atuais originados pelo consumo de substâncias (Janeiro, 2007). Normalmente, o sujeito apresenta-se no tratamento impulsionado por fatores externos, como a família e o grupo de pares, ou por razões que se prendem, como o facto de não ter acesso às substâncias (Hapetian, 1997). Contudo, esta motivação inicial é passível de ser internalizada e estimulada, desde que se apliquem técnicas específicas e adequadas a cada indivíduo (Rollnick & Miller, 1991). Para além disso, uma elevada motivação, no início do tratamento, pode favorecer a aliança terapêutica e, em conjunto, determinar melhores resultados (Joe, Simpson, Greener & Rowan-Szal, 1999, cit in Janeiro, 2007).

As intervenções a nível motivacional no tratamento da toxicodependência têm sido aplicadas quer em populações juvenis (Benson, Scales, Hamilton, & Sempa, 2006; Bien, Miller, & Tonigan, 1993) quer em adultos (DiClement, Bellino & Neavins, 1999; Brown & Miller, 1993; Miller, 1998), essencialmente de forma a compreender a motivação dos participantes e de que forma esta contribui para o sucesso no tratamento e prevenção da recaída.

Em suma, pelo facto de a toxicodependência ser uma problemática cada vez mais preocupante na nossa sociedade, com inúmeras consequências, torna-se importante estudarmos as variáveis que podem contribuir para um aumento de tratamentos bem sucedidos e prevenção da recaída. Deste modo, verificamos que a vulnerabilidade ao *stress*, que pode aumentar ou diminuir consoante diversos fatores, tem sido apontada como um fator que pode influenciar a perceção de autoeficácia e motivação para o tratamento. Para além disso, vários autores demonstram que uma maior perceção de autoeficácia está relacionada com uma maior motivação para o tratamento. Esta variável tem sido alvo de diversos estudos e é apontada na literatura como um fator fulcral para o processo de mudança e para o

tratamento dos toxicodependentes. Assim, o facto de estes indivíduos se apresentarem motivados é um dos fatores de maior influência para um tratamento bem sucedido.

Neste sentido, passaremos a apresentar a descrição do estudo empírico desta dissertação, de forma a pudermos contribuir, ao nível desta temática, para a ciência bem como para a prática clínica.

Parte II – Estudo Empírico

Nesta segunda parte, dedicar-nos-emos à parte empírica do trabalho que compreende a descrição da investigação realizada. Dedicaremos uma parte à metodologia e outra à descrição dos resultados obtidos. Posteriormente, será realizada a interpretação e discussão dos resultados, e por último, apresentaremos as limitações do estudo, conclusões retiradas e sugestões para futuras investigações.

1. Metodologia

No que concerne à metodologia de investigação, começaremos por apresentar os objetivos e desenho de estudo, seguido da designação das variáveis. Posteriormente será feita uma descrição dos procedimentos de recolha de dados e da amostra do estudo. Por fim, serão apresentados os instrumentos e os valores de consistência interna dos mesmos na nossa investigação, concluindo a apresentação da metodologia com os procedimentos de análise dos dados.

1.1. Objetivos e Desenho do Estudo

Apesar de verificarmos na literatura bastantes estudos relativos à motivação para o tratamento em toxicodependentes, o mesmo não se constata relativamente à vulnerabilidade ao *stress* e autoeficácia, assim como a relação entre ambos os constructos. Assim, este parece ser um tema pertinente a abordar, no sentido de conseguirmos identificar variáveis que possam estar a exercer influência na motivação dos toxicodependentes para o tratamento e, desta forma, contribuir para um melhor processo de tratamento e prevenção da recaída.

Neste sentido, este estudo pretende de uma forma geral abordar a temática da toxicodependência, tendo em conta as variáveis vulnerabilidade ao *stress* e autoeficácia e a sua relação com a motivação para o tratamento.

Como objetivos específicos orientadores do presente estudo, foram ainda definidos:

- 1) a caracterização sociodemográfica da amostra;
- 2) a descrição dos níveis de vulnerabilidade ao *stress*, autoeficácia e motivação para o tratamento na amostra em estudo;
- 3) avaliar as diferenças ao nível das variáveis psicológicas em estudo em função da idade, escolaridade, estado civil, nível socioeconómico, início de consumo, duração do consumo e tempo de tratamento;
- 4) compreender a associação entre a vulnerabilidade ao *stress* e a autoeficácia com a motivação para o tratamento.

Tendo em conta a formulação dos objetivos anteriormente descritos, com este trabalho pretendemos contribuir para um maior conhecimento das variáveis que influenciam a motivação para o tratamento nos toxicodependentes e a implicação desse processo para uma diminuição do número de recaídas dos utentes.

Para além disso, trata-se de um estudo quantitativo, uma vez que é orientado para a comprovação, confirmação das hipóteses e resultados. Neste tipo de estudos, o investigador parte normalmente de quadros conceituais de referência estruturados, que levam à formulação de hipóteses sobre os construtos da investigação.

No que se refere ao desenho, este é um estudo descritivo, correlacional, sendo que se procura avaliar a relação entre as variáveis e descrever as modificações intrínsecas da relação entre essas variáveis. Para além disso, é um estudo transversal, uma vez que ocorre apenas num dado momento do tempo, e do tipo 2, ou seja, intragrupo pelo facto de ser apenas um grupo de sujeitos representativo da população e todos os elementos são submetidos à mesma avaliação.

1.2. Variáveis em Estudo

Variáveis Sociodemográficas: idade, estado civil, escolaridade, área de residência, proveniência (região rural ou urbana), nível socioeconómico e apoio familiar.

Variáveis Clínicas: história familiar de consumos, início e duração de consumos, tempo de internamento e tratamento de substituição.

Variáveis Psicológicas: vulnerabilidade ao *stress*, autoeficácia e motivação para o tratamento.

1.3. Procedimentos de Recolha de Dados

Para a realização da investigação foi seleccionada uma amostra de 47 utentes da Comunidade Terapêutica do Projecto Homem de Braga e da Comunidade Terapêutica de Adaúfe. O primeiro local de recolha de dados foi seleccionado tendo em conta a facilidade de acesso ao investigador para a recolha de dados. Contudo, como não era considerada uma amostra significativa foram contactadas outras comunidades no sentido de poderem colaborar com o estudo.

Deferido o pedido de autorização para a concretização da investigação nas duas comunidades terapêuticas mencionadas, de acordo com as exigências éticas, os participantes foram contactados e informados nas comunidades acerca dos objetivos do estudo e dos procedimentos de recolha de dados. Foi salientada a participação voluntária no estudo e a garantia de confidencialidade dos dados. Os utentes que aceitaram participar, assinaram

assim o consentimento informado (Anexo I). Foram dadas instruções de preenchimento dos questionários e os mesmos foram preenchidos em grupo em ambas as comunidades. Todos os instrumentos foram preenchidos pelos participantes.

1.4. Amostra

No que concerne à caracterização da amostra, recorreu-se a estatística descritiva e análise de frequências. A amostra foi recolhida em duas comunidades terapêuticas: Projecto Homem de Braga e Comunidade Terapêutica de Adaúfe. Recorreremos a uma amostra de conveniência constituída por 47 utentes. Destes, 27 pertencem à comunidade do Projeto Homem de Braga e os 20 restantes à de Adaúfe. Os utentes foram seleccionados tendo em conta factores sociodemográficos e clínicos.

1.4.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

A partir da análise da Quadro 1, podemos constatar que dos 47 participantes do estudo a maioria são do sexo masculino (95.7%), havendo apenas duas participantes (4.3%) do sexo feminino. A média de idades encontra-se nos 33 anos (DP=8.61), sendo que o utente mais novo tem 19 e o mais velho 51 anos. Para além disso, verificamos que apenas dois sujeitos (4.3%) não têm nacionalidade portuguesa.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos inquiridos é solteiro (78.6%) e frequentou ou concluiu o 3º ciclo (42.6%). Para além disso, a maioria destes (59.6%) está ou estava no ativo aquando da entrada para a comunidade terapêutica.

Salienta-se ainda que quase todos os utentes referem ter apoio familiar (95.7%) e o nível socioeconómico varia entre o baixo (48.9%) e o médio (51.1%).

Quadro 1. Caracterização sociodemográfica da amostra (N=47)

	n	%	Média	Min-Max	DP
Variáveis Sociodemográficas					
Sexo					
Maculino	45	95,7			
Feminino	2	4,3			
Idade			33	19 – 51	8.61
Nacionalidade					
Portuguesa	45	95,7			
Outra	2	4,3			

Quadro 1. Caraterização sociodemográfica da amostra (N=47)

	n	%	Média	Min-Max	DP
Variáveis Sociodemográficas					
Estado Civil					
Solteiro	36	78,6			
Casado	3	6,4			
Divorciado/ separado	8	17,0			
Escolaridade					
1º ciclo	3	6,4			
2º ciclo	6	12,8			
3º ciclo	20	42,6			
Secundário	12	25,5			
Ensino superior	6	12,8			
Profissão					
Ativo	28	59,6			
Desempregado	16	34,0			
Estudante	3	6,4			
Nível socioeconómico					
Baixo	23	48,9			
Médio	24	51,1			
Alto	0	0			
Apoio familiar					
Sim	45	95,7			
Não	2	4,3			

1.4.2. Caraterização Clínica da Amostra

No que concerne à caraterização clínica da amostra (ver quadro 2), verificamos que a média de idades de início de consumo é de 16 anos (DP = 3.55), variando entre nove a 27 anos de idade. Para além disso, constatamos que, em média, estes sujeitos consumiram durante 16 anos (DP = 8.28), com uma variação do número de anos de consumo entre um e 38 anos, tendo a maioria interrompido os consumos aquando do início do tratamento na comunidade. Apuramos ainda, que em média os utentes estão em tratamento à cerca de cinco meses (DP = 4.20), sendo que o tempo varia entre um e 16 meses.

Acrescentamos que na maioria dos casos não se verifica história familiar de consumos (72.3%) e apenas dois indivíduos estão neste momento a fazer tratamento de substituição com metadona (4.3%).

Quadro 2. Caraterização clínica da amostra (N=47)

	N	%	Média	Min-Max	DP
Variáveis Clínicas					
Idade de início de consumo (anos)			16	9 – 27	3.55
Número de anos de consumo			16	1 – 38	8.28
Duração do tratamento no momento (meses)			5	1 – 16	4.20
História familiar de consumos					
Sim	13	27,7			
Não	34	72,3			
Tratamento de substituição					
Sim	2	4,3			
Não	45	95,7			

1.5. Instrumentos de Avaliação

Serão utilizados questionários já adaptados e validados para a população portuguesa, sendo apenas desenvolvido um consentimento informado onde se encontra toda a informação do estudo, objetivos/finalidade, bem como uma ficha sociodemográfica e clínica.

1.5.1. Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos

Foi elaborada uma ficha para recolha de dados sociodemográficos e informação clínica (Cerqueira & Costa, 2013), constituído por itens de escolha múltipla e de resposta direta breve (Anexo II). O primeiro grupo de itens refere-se ao género, idade, zona de residência antes de entrar na comunidade, suporte familiar e nível económico. Os restantes itens procuram recolher informação acerca dos antecedentes clínicos do utente: história familiar de consumos, idade de início de consumo, duração do consumo, tempo de tratamento na comunidade terapêutica e se estão a fazer algum tratamento de substituição.

1.5.2. Questionário de Vulnerabilidade ao *Stress*- 23 QVS (Vaz-Serra, 2000)

Este questionário foi desenvolvido por Vaz Serra (2000) e permite avaliar a vulnerabilidade que um indivíduo tem ao *stress* (Anexo III). É composto por 23 questões numa escala de likert de cinco pontos, que varia entre “concordo em absoluto” (0 ponto) e “discordo em absoluto” (4 pontos). Para além disso esta escala apresenta 7 fatores relativos à vulnerabilidade ao *stress*: perfeccionismo e intolerância à frustração; inibição e dependência

funcional; carência de apoio social; condições de vida adversas; dramatização da existência; subjugação; e privação de afeto e rejeição. Quanto mais elevada a cotação final mais vulnerável ao *stress* se encontra o indivíduo, ou seja, menor tendência existe para uma atitude de confronto ativo dos problemas e maior tendência tem o indivíduo de os sentir como fora do seu próprio controlo (igual ou acima dos 43 pontos indica vulnerabilidade ao *stress*).

Os estudos psicométricos da escala (Vaz Serra, 2000) revelaram que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna, com um valor de *alpha de Cronbach* para todos os itens de .82.

1.5.2.1. Características psicométricas do 23-QVS na amostra em estudo

No que se refere à consistência interna desta escala para este estudo, foi calculado o *alpha de Cronbach* para o 23-QVS (quadro 3). A escala total apresenta um *alpha de Cronbach* de .50, o que evidencia uma consistência interna um pouco baixa, contudo, e atendendo ao número de sujeitos, consideramos este valor como aceitável.

Além disso, não se efetuou a análise fatorial devido ao número reduzido de sujeitos da amostra e pelo facto de ser um instrumento já validado para a população portuguesa.

Quadro 3. Consistência interna da escala 23-QVS (N=47)

Questões	Média	Desvio Padrão	Correlação Inter-item	<i>Alpha de Cronbach</i> se item eliminado
1. Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas.	2,53	1.04	-,298	,560
2. Tenho dificuldade em relacionar-me com pessoas desconhecidas.	3,09	1.28	,270	,467
3. Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes.	2,47	1.04	-,188	,544
4. Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais.	3,15	1.14	-,423	,586
5. Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia.	2,38	.99	,201	,484
6. Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar.	2,38	.87	-,114	,527
7. Dou e recebo afeto com regularidade.	2,55	1.02	-,386	,571
8. É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem.	3,30	1.12	-,158	,544

Questões	Média	Desvio Padrão	Correlação Inter-item	Alpha de Cronbach se item eliminado
9. Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para me esforçar para as resolver.	3,06	1.07	,334	,460
10. Sou um indivíduo que se enerva com facilidade.	2,79	1.20	,444	,433
11. Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim.	3,36	1.13	,430	,439
12. Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado.	2,70	.95	,439	,447
13. As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito.	3,21	1.10	,345	,457
14. Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades.	2,79	.98	,270	,473
15. Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer mesmo que não tenha razão.	3,79	.98	,120	,496
16. Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas.	2,13	.97	,471	,441
17. Há em mim aspetos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas.	2,83	1.07	,473	,435
18. Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto.	2,49	1.20	,091	,503
19. Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero.	2,28	.90	,324	,467
20. Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem.	2,91	1.04	,036	,510
21. O dinheiro de que me posso dispor mal me dá para as despesas essenciais.	2,79	1.27	,207	,480
22. Perante os problemas da minha vida sou mais de fugir do que de lutar	2,77	1.18	,230	,477
23. Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço.	2,19	.97	,493	,437
Total da escala QVS			$\alpha = .50$	

1.5.3. Escala de Avaliação de Autoeficácia Geral (adaptada por Ribeiro, 1995)

Adaptada da *Self-Efficacy Scale*, de Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs e Rogers (1982), por Ribeiro (1995), esta escala assenta numa medida de autoeficácia geral que pretende traduzir a forma como cada pessoa avalia a sua capacidade individual para enfrentar e reagir a situações desconhecidas e imprevistas, causadoras de *stress* (Anexo IV). É constituída por 15 itens em escala de likert de sete pontos que varia entre discordo

totalmente (1 ponto) e concordo totalmente (7 pontos), exceto nos itens invertidos 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 14 e 15. Estes itens dividem-se em três dimensões: iniciação e persistência (itens 1, 5, 6, 7, 14, 15), eficácia permanente a adversidade (itens 2, 4, 8, 9, 12) e eficácia social (itens 3, 10, 11, 13).

Relativamente ao estudo da fidelidade da escala validada de Ribeiro (1995, cit in Araújo & Moura, 2011), obteve-se um *alpha de Cronbach* de .87, o que evidencia uma boa consistência interna da mesma.

1.5.3.1. Características psicométricas da Escala de Avaliação de Autoeficácia Geral na amostra em estudo

Relativamente aos valores de consistência interna desta escala para o nosso estudo, obtivemos um *alpha de Cronbach* total de .88, semelhante ao encontrado no estudo de validação, que evidencia uma boa consistência interna da mesma.

No que diz respeito aos resultados de consistência interna das dimensões da escala de auto-eficácia, apuramos valores de *alpha de Cronbach* de .82 na *Iniciação/Persistência*, .85 na *Eficácia Permanente* e .46 (inicial) na *Eficácia Social* (quadro 4). Visto o valor da dimensão eficácia social ser baixo, foram analisados os itens desta dimensão e retirado o que estava a influenciar a fiabilidade da subescala de forma mais significativa. Assim, foi retirado o item “quando estou a tentar tornar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar” devido ao valor de correlação inter-item (.073) ser bastante reduzido e ser o item que mais elevava o valor do *alpha de Cronbach* da subescala em questão. Tendo em conta o item que foi referido anteriormente, a consistência interna aumentou para .56, considerando-se já um valor aceitável. O valor da consistência interna total, para os 14 itens finais, manteve-se em .88 (com uma ligeira subida).

Não foi elaborado o estudo de validade do questionário uma vez que a amostra é reduzida e o questionário válido para a população portuguesa.

Quadro 4. Consistência interna das dimensões e itens da escala de auto-eficácia (N=47)

Dimensão	Questões	Média	Desvio Padrão	Correlação item-total corrigido	Alfa se item for eliminado
Iniciação/ persistência	1. Quando faço planos tenho a certeza que sou capaz de realiza-los.	20,87	45,462	,517	,800
	5. Quando estabeleço objetivos importantes para mim, raramente os consigo alcançar.	21,21	43,736	,519	,801
	6. Sou uma pessoa auto-confiante.	21,26	42,325	,664	,769
	7. Não me sinto capaz de enfrentar muitos problemas que se me deparam na vida.	21,28	40,204	,657	,769
	14. Sinto insegurança acerca da minha capacidade para fazer as coisas.	21,70	44,735	,560	,792
	15. Um dos meus problemas é que não consigo fazer as coisas como devia.	21,45	44,557	,567	,790
Total dimensão		$\alpha = .816$			
Eficácia permanente	2. Quando não consigo fazer uma coisa à primeira insisto e continuo a tentar até conseguir.	18,09	39,297	,645	,821
	4. Se uma coisa me parece complicada, não tento sequer supera-la.	18,34	45,534	,278	,903
	8. Normalmente desisto das coisas antes de as ter acabado.	18,98	32,586	,781	,780
	9. Quando estou a tentar aprender alguma coisa nova, se não obtenho logo sucesso, desisto facilmente.	18,72	32,596	,819	,769
	12. Desisto facilmente das coisas.	18,38	33,068	,800	,775
Total dimensão		$\alpha = .848$			
Eficácia Social	3. Tenho dificuldade em fazer novos amigos.	14,43	8,685	,423	,195
	10. Se encontro alguém interessante com que tenho dificuldade em estabelecer amizade, rapidamente desisto de fazer amizade com essa pessoa.	14,32	11,265	,412	,253
	11. Quando estou a tentar tornar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar. <i>(Eliminado)</i>	14,68	14,483	,073	,563
	13. As amizades que tenho foram conseguidas através da minha capacidade pessoal para fazer amigos.	13,64	14,410	,195	,451
Total dimensão		α inicial = .463; α final = .563			
Total da escala de autoeficácia		α inicial = .879; α final = .883			

1.5.4. University of Rhode Island Change Assessment – URICA (Levesque, Gelles & Velicer, 2000)

A URICA é um instrumento de auto-preenchimento, composto por 32 itens, sendo a resposta fornecida através de uma escala tipo Likert de três pontos, onde um corresponde a

discordo, dois a concordo e 3 concordo totalmente (Anexo V). Esta medida investiga 4 estádios motivacionais do modelo transteórico: Pré-contemplação (itens 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29 e 31, encontram-se invertidos); Contemplação (itens 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21 e 24); Acção (itens 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25 e 30); e Manutenção (itens 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28 e 32). As pontuações variam entre 8 pontos (mínimo) e 32 pontos (máximo), em todos os estádios, sendo possível identificar os estádios predominantes no momento da aplicação.

No que diz respeito ao estudo da fidelidade da escala validada obteve-se valores de *alpha de Cronbach* entre .74 e .87 (Lopes, Prieto, Delgado, Gamito & Trigo, 2011), o que evidencia uma boa consistência interna da mesma.

1.5.4.1. Características psicométricas da URICA na amostra em estudo

No que concerne aos valores de consistência interna desta escala para a nossa investigação, obtivemos um *alpha de Cronbach* total de .85 o que evidência uma boa consistência interna da mesma, o que vai de encontro ao estudo de validação português.

Relativamente aos resultados de consistência interna das dimensões da escala URICA, apuramos valores de *alpha de Cronbach* de .67 na dimensão *Pré-Contemplação*, .81 na *Contemplação*, .85 na *Ação* e .50 na *Manutenção* (quadro 5), representando este último um valor indicativo de baixa fiabilidade da subescala. Assim, tendo em conta que a manutenção está a interferir nos valores de consistência interna da escala, foram analisados os itens desta dimensão e retirado o que estava a contribuir para um baixo valor de *alpha*. Desta forma, foi retirado o item “tenho tido sucesso em resolver meus problemas mas não estou certo que possa manter este esforço sozinho” devido ao valor de correlação inter-item (.064) ser bastante reduzido e ser o item que mais elevava o valor do *alpha de Cronbach* da subescala em questão. Neste sentido, a consistência interna da subescala manutenção aumentou para .52, considerando-se um valor aceitável. Relativamente à fiabilidade da escala total, para os 34 itens finais, o valor passou a ser .84.

Não procedemos ao estudo da análise fatorial uma vez que a amostra é reduzida e o questionário válido para a população portuguesa.

Quadro 5. Consistência interna das subescalas e itens do questionário URICA (N=47)

Dimensão	Questões	Média	Desvio Padrão	Correlação item-total corrigido	Alfa se item for eliminado
Pré-Contemplação	1. No meu ponto de vista, eu não tenho qualquer problema que precise de ser mudado.	33,62	4,198	,210	,690
	5. O problema não está em mim. Não faz muito sentido para mim estar aqui.	33,38	4,937	,128	,679
	11. Estar aqui é uma perda de tempo para mim, porque o problema não tem nada a ver comigo.	33,32	4,831	,467	,644
	13. Penso que tenho defeitos, mas não há nada que eu realmente precise de mudar.	33,36	4,497	,451	,626
	23. É possível que eu seja parte do problema, mas eu realmente não penso que seja.	33,60	3,594	,546	,579
	26. Toda esta conversa sobre psicologia é aborrecida. Porque é que as pessoas não podem simplesmente esquecer os problemas?	33,68	3,570	,489	,597
	29. Eu tenho preocupações como todas as pessoas. porquê perder tempo a pensar nelas?	33,55	3,731	,498	,595
	31. Preferia conviver com os meus defeitos do que tentar mudá-los.	33,43	4,598	,292	,651
	Total da dimensão			$\alpha = .666$	
Contemplação	2. Penso que posso estar preparado para alguma mudança pessoal.	18,06	7,061	,355	,810
	4. Talvez valha a pena trabalhar no meu problema.	17,83	6,883	,528	,782
	8. Tenho pensado que posso querer mudar alguma coisa em relação a mim.	17,89	6,401	,702	,756
	12. Tenho esperança que este lugar me ajude a compreender-me melhor.	17,87	6,679	,539	,780
	15. Eu tenho um problema e penso realmente que tenho que trabalhar sobre ele.	17,81	7,071	,523	,784
	19. Eu gostava de ter mais ideias de como resolver o meu problema.	18,19	6,941	,356	,812
	21. Talvez este lugar me possa ajudar.	17,85	6,738	,523	,783
	24. Espero que alguém aqui me possa dar boas orientações.	17,91	6,384	,704	,756
	Total da dimensão			$\alpha = .805$	
Ação	3. Estou a fazer alguma coisa acerca dos problemas que me têm andado a incomodar.	16,98	8,760	,648	,822
	7. Estou finalmente a fazer algum trabalho sobre o meu problema.	16,91	8,253	,750	,807
	10. Por vezes o meu problema é difícil, mas estou a trabalhar sobre ele.	16,89	9,488	,566	,833
	14. Realmente estou a esforçar-me muito para mudar.	17,09	8,645	,667	,819
	17. Mesmo que nem sequer eu tenha sucesso com a mudança, pelo menos estou a esforçar-me para resolver o meu problema.	17,00	9,087	,600	,828
	20. Você começou a tentar resolver o seu problema? Se sim – Eu comecei a trabalhar sobre o meu problema, mas gostava de ter mais ajuda.	16,94	10,105	,258	,868
	25. Qualquer um pode falar sobre mudanças, mas eu estou realmente a fazer alguma coisa sobre isso.	17,02	8,760	,658	,821
	30. Eu estou, ativamente, a tentar resolver o meu problema.	17,00	8,913	,562	,833
	Total da dimensão			$\alpha = .848$	

Quadro 5. Consistência interna das subescalas e itens do questionário URICA (N=47)
(continuação)

Manutenção	6. Estou preocupado em voltar a ter o mesmo problema, que pensei já estar resolvido, por isso estou aqui para pedir ajuda.	15,55	6,296	,133	,488
	9. Tenho tido sucesso em resolver o meu problema, mas não estou seguro que eu posso manter este esforço sozinho. <i>(Eliminado)</i>	15,66	6,490	,064	,515
	16. Você conseguiu mudar algo em relação ao seu problema? Se sim - não estou a conseguir manter as mudanças que fiz tão bem como eu esperava, e estou aqui para prevenir uma recaída	15,74	4,846	,448	,343
	18. Pensei que uma vez resolvido o problema, estaria livre dele. Mas às vezes ainda me encontro a lutar contra ele.	15,62	5,459	,390	,388
	22. Você fez alguma mudança em relação ao seu problema? Se sim - eu posso precisar de um estímulo agora para me ajudar a manter as mudanças que já fiz.	15,47	6,472	,107	,495
	27. Estou aqui para prevenir uma recaída no meu problema.	15,34	5,621	,354	,404
	28. É frustrante, mas sinto que posso estar a ter uma recaída num problema que eu pensava que já tinha resolvido.	16,11	6,097	,121	,500
	32. Depois de tudo o que eu fiz para mudar os meus problemas, de vez em quando eles voltam para me perseguir.	15,62	6,328	,179	,471
Total da dimensão		α inicial = .489; α final = .515			
Total do Questionário URICA		α inicial = .845; α final = .842			

1.6. Procedimentos de Análise dos Dados

Os dados recolhidos foram processados pelo programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* – versão 20).

No que concerne à caracterização da amostra, recorreu-se a estatística descritiva e análise de frequências. Foi ainda elaborada estatística descritiva para as variáveis dependentes: vulnerabilidade ao *stress*, autoeficácia e motivação para o tratamento.

Para a análise da consistência interna das escalas foi elaborado o cálculo do *alpha de Cronbach*, sendo apresentadas, para cada questionário, o *alpha* total, a correlação inter-item e o *alpha* se o item for eliminado.

No que diz respeito à análise exploratória dos dados, foi elaborado o teste de normalidade *Kolmogorov-smirnov*, o teste de homogeneidade de *Levene*, analisadas a assimetria e curtose e o tipo de variáveis em função dos testes que seriam utilizados. Através das análises anteriores de todos os itens que compõe as escalas podemos constatar que não se verifica normalidade nem homogeneidade em alguns dos itens. Neste sentido, quebrado um dos pressupostos para estatística paramétrica, optamos por utilizar, na análise dos dados, estatística não-paramétrica.

De forma a poder dar resposta aos objetivos do nosso estudo, na análise inferencial, foram, então, utilizados os testes de diferenças de grupos, *Mann-Whitney*, para analisar se existem diferenças nas variáveis dependentes em função da idade, da escolaridade, do estado civil, do nível socioeconómico, do início de consumo, da duração do consumo e do tempo de tratamento. Para além disso, foi utilizado o teste de correlação de *Spearman*, para analisar a associação entre a vulnerabilidade ao *stress*, a autoeficácia e a motivação para o tratamento.

Será assumido um *alfa de Cronbach* .05 como valor de significância dos resultados dos testes de hipóteses e um valor de $p \leq .05$ para tendência de significância.

2. Apresentação dos Resultados

Neste tópico serão apresentados os resultados mais relevantes para a nossa investigação, tendo em conta os objetivos de estudo.

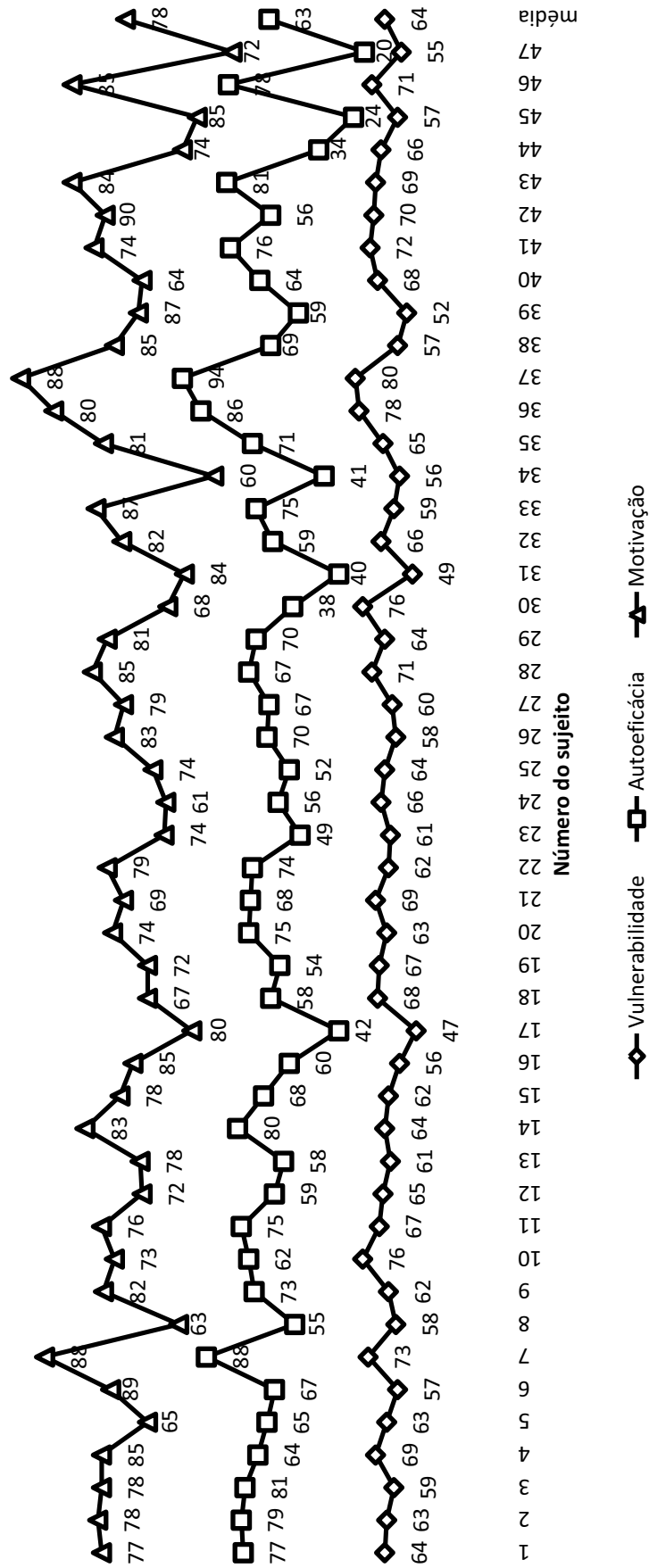
2.1. Níveis de vulnerabilidade ao *stress*, autoeficácia e motivação para o tratamento em toxicodependentes de duas comunidades terapêuticas

Foi elaborada uma análise descritiva dos *scores* totais das escalas de vulnerabilidade ao *stress*, autoeficácia e motivação para o tratamento, bem como das dimensões/estágios destas duas últimas variáveis (ver quadro 6), de forma a identificar os níveis/valores médios na amostra em estudo.

Quadro 6. Valores médios das escalas de vulnerabilidade ao *stress*, autoeficácia e motivação para o tratamento (N=47)

	Média	Mínimo - Máximo		Desvio Padrão
Total da escala 23-QVS	63,94	47	80	7.14
Iniciação/persistência – autoeficácia	4,26	1	7	1.30
Eficácia permanente à adversidade – autoeficácia	4,63	1	7	1.49
Eficácia social – autoeficácia	4,89	1	7	1.27
Total da escala Autoeficácia	63,36	20	94	16.0
Pré-contemplação – URICA	2,78	2	3	.288
Contemplação – URICA	2,56	2	3	.367
Ação – URICA	2,43	1	3	.424
Manutenção – URICA	2,24	1	3	.364
Total da escala URICA	77,83	60	90	7.84

Gráfico 2. Pontuação de cada sujeito obtida nos questionários de vulnerabilidade ao stress, autoeficácia e motivação para o tratamento (N=47)



Através da análise descritiva dos totais dos questionários e das dimensões/subescalas dos mesmos (quadro 6), bem como da análise do gráfico 2, representativo da pontuação dos participantes nos três questionários, verificamos que os toxicodependentes apresentam elevados níveis de vulnerabilidade ao *stress*, sendo que o que obteve menor pontuação (47 pontos) ultrapassa mesmo assim o ponto de corte (43 pontos). Assim, constatamos que a média de vulnerabilidade ao *stress* entre os toxicodependentes é de 64 valores (DP=7.14).

Relativamente aos resultados obtidos na escala de autoeficácia, observamos que os indivíduos apresentam níveis razoáveis/elevados de autoeficácia, sendo a média total de repostas dos participantes (M=63, DP=16) superior ao valor médio do questionário (para os 14 itens - valor máximo possível = 94; valor médio = 49), apesar de os valores variarem entre 20 e 94 pontos. Para além disso, verificamos que o valor médio mais elevado se encontra na dimensão *Eficácia Social* (M=4,89, DP=1.27) e o mais baixo na dimensão *Iniciação/Persistência* (M=4,26, DP=1.30).

No que concerne aos níveis de motivação para o tratamento, verificamos níveis elevados de motivação sendo que a média total é superior ao valor médio do questionário (M=78, DP=7.84) e, para além disso, o utente com o valor mais baixo (60 valores) apresenta um valor superior a essa mesma média (para os 34 itens - valor máximo possível = 102; valor médio = 51). Relativamente aos estádios, constatamos que o que apresenta *scores* mais elevados é o de *Pré-contemplação* (2,78, DP=.288) e o que apresenta valores menos elevados é o de *Manutenção* (2,24, DP=.364).

2.2. Diferenças ao nível da vulnerabilidade ao *stress*, autoeficácia e motivação para o tratamento em função das variáveis sociodemográficas e clínicas

Para analisar se existem diferenças ao nível da vulnerabilidade ao *stress*, da autoeficácia e da motivação ao *stress* em função da idade, do nível socioeconómico (considerando apenas o baixo e o médio), o início de consumo, a duração do consumo, o tempo de tratamento e a história familiar de consumo, foi utilizado o teste *Mann-Whitney*. Para a mesma análise em função da escolaridade, profissão e estado civil, foi realizado um teste de *Kruskal-Wallis*.

Relativamente à diferença entre as variáveis dependentes em função da idade (menos de 32 anos e 33 ou mais anos), a partir da análise do quadro 7 verificamos que não existem diferenças significativas entre os utentes mais novos e os mais velhos em relação às variáveis psicológicas.

Do mesmo modo, no que se refere às diferenças ao nível da vulnerabilidade ao *stress*, da autoeficácia e da motivação para o tratamento em função do nível socioeconómico, não foram constatadas diferenças significativas entre os utentes do nível baixo e médio.

Quadro 7. *Mann-Whitney* para análise de diferenças nas variáveis psicossociais em função da idade e do nível socioeconómico (N=47)

	Idade		U	Nível socioeconómico		
	< 32 anos (n=22) M	≥ 33 anos (n=25) M		Baixo (n=23) M	Médio (n=24) M	U
Total da escala 23-QVS	26,14	20,84	206,0	23,2	24,8	257.5
Iniciação/persistência – autoeficácia	26,77	19,92	188,5	26,2	21,9	226.5
Eficácia permanente à adversidade – autoeficácia	26,00	21,05	210,0	25,4	22,7	245.0
Eficácia social – autoeficácia	23,29	25,05	246,0	25,4	22,7	245.0
Total da escala Autoeficácia	26,23	20,71	203,5	25,6	22,4	238.5
Pré-contemplação – URICA	26,04	21,00	209,0	22,1	24,3	232.5
Contemplação – URICA	23,84	24,24	261,5	25,8	22,3	235,5
Ação – URICA	23,34	24,97	247,5	22,9	25,1	250.5
Manutenção – URICA	22,02	26,92	210,5	25,6	22,5	239.5
Total da escala URICA	22,52	26,18	224,5	24,0	24,0	275.5

Da análise do teste estatístico *Mann-Whitney* (quadro 8), para analisar as diferenças ao nível da escolaridade relativamente às variáveis psicológicas, verificamos diferenças significativas apenas na dimensão *Eficácia Permanente à Adversidade* da escala de Autoeficácia, sendo que os participantes com menos escolaridade apresentam valores mais elevados, em relação aos que têm um maior nível de escolaridade (U = 165,5; p = .04).

Quadro 8. *Mann-Whitney* para análise de diferenças nas variáveis psicossociais em função da escolaridade (N=47)

	Escolaridade		U
	Escolaridade obrigatória (n=29)	Ensino secundário ou superior (n=18)	
	M	M	
Total da escala 23-QVS	23,5	24,9	245.0
Iniciação/persistência – autoeficácia	24,5	23,1	245.0
Eficácia permanente à adversidade – autoeficácia	27,3	18,7	165.5*
Eficácia social – autoeficácia	25,5	21,6	218.0
Total da escala Autoeficácia	26,7	19,6	181.5
Pré-contemplação – URICA	22,6	26,2	221.5
Contemplação – URICA	25,3	21,9	223.0
Ação – URICA	24,1	23,9	259.5
Manutenção – URICA	26,3	20,2	193.0
Total da escala URICA	24,7	22,8	239.5

* p<.05

A partir da análise do quadro 9, podemos constatar que não se verificam diferenças dignificativas nos *scores* de vulnerabilidade ao *stress*, autoeficácia e motivação para o tratamento, em função da profissão.

Quadro 9. *Mann-Whitney* para análise de diferenças nas variáveis psicossociais em função da profissão (N=47)

	Profissão		U
	Desempregado (n=16)	Ativo (n=31)	
	M	M	
Total da escala 23-QVS	24,6	23,7	239.0
Iniciação/persistência – autoeficácia	25,3	23,3	227.5
Eficácia permanente à adversidade – autoeficácia	24,7	23,7	237.5
Eficácia social – autoeficácia	26,0	23,2	222.5
Total da escala Autoeficácia	24,8	23,6	236.0
Pré-contemplação – URICA	23,2	24,4	235.0
Contemplação – URICA	27,3	22,3	195.5
Ação – URICA	23,4	24,3	238.0
Manutenção – URICA	26,2	22,9	212.5
Total da escala URICA	25,8	23,1	218.5

Da análise do quadro 10, podemos verificar que existem diferenças ao nível das variáveis dependentes em função da idade de início de consumo, para a variável autoeficácia no total ($U = 161,0$; $p = .015$), bem como para a dimensão *eficácia permanente à adversidade* ($U = 133,5$; $p = .003$) da mesma escala. Para além disso, verificam-se também diferenças significativas ao nível dos estádios de *contemplação* ($U = 180,0$; $p = .041$) e *manutenção* ($U = 166,5$; $p = .020$) da URICA, sendo que os valores superiores de motivação, assim como de autoeficácia, dizem respeito aos utentes que iniciaram o consumo mais tarde.

Por sua vez, no que concerne às diferenças em função da duração dos consumos nas variáveis psicológicas, não apuramos diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos com menos de 20 anos de consumo e os que consumiram durante 20 ou mais anos.

Quadro 10. *Mann-Whitney* para análise de diferenças nas variáveis psicossociais em função da idade de início de consumo e tempo de duração dos consumos (N=47)

	Idade início consumo			Duração consumo		
	< 16 anos (n=25)	≥ 16 anos (n=22)	U	< 20 anos (n=28)	≥ 20 anos (n=19)	U
	M	M		M	M	
Total da escala 23-QVS	25,5	22,3	236,5	26,1	20,8	206,0
Iniciação/persistência – autoeficácia	22,5	25,8	236,5	26,8	19,9	188,5
Eficácia permanente à adversidade – autoeficácia	18,3	30,4	133,5**	26,0	21,1	210,0
Eficácia social – autoeficácia	21,1	27,3	202,0	24,0	24,1	265,0
Total da escala Autoeficácia	19,4	29,2	161,0*	26,2	20,7	203,5
Pré-contemplação – URICA	24,7	23,2	258,0	26,0	21,0	209,0
Contemplação – URICA	20,2	28,3	180,0*	23,8	24,2	261,5
Ação – URICA	21,4	27,0	209,5	23,3	25,0	247,5
Manutenção – URICA	19,7	28,9	166,5*	21,7	27,4	202,0
Total da escala URICA	20,6	27,8	190,5	22,5	26,2	223,5

* $p < .05$; ** $p < .01$

No que se refere às diferenças em função do tempo em que os sujeitos estão em tratamento (quadro 11), não verificamos diferenças estatisticamente significativas em

nenhuma das variáveis, vulnerabilidade ao *stress*, autoeficácia e motivação para o tratamento, entre os indivíduos que estão há menos tempo a fazer tratamento e os que estão há mais.

Relativamente às diferenças em função da história familiar de consumos (tabela 12), constatamos diferenças significativas no total da escala de motivação para o tratamento ($U = 80,5$; $p = .001$), bem como nos estágios *contemplação* ($U = 94,5$; $p = .002$) e *ação* ($U = 95,0$; $p = .003$) desta mesma escala, sendo que os utentes que relatam ter história familiar de consumos apresentam valores menos elevados de motivação, ou seja, quem não tem história familiar de consumo de substâncias apresenta níveis superiores de motivação para o tratamento .

Quadro 11. *Mann-Whitney* para análise de diferenças nas variáveis psicossociais em função do tempo de tratamento na comunidade e da história familiar de consumos (N=47)

	Tempo tratamento		<i>U</i>	História familiar de consumos		<i>U</i>
	< 7 meses (n=30) <i>M</i>	≥ 7 meses (n=17) <i>M</i>		Sim (n=13) <i>M</i>	Não (n=34) <i>M</i>	
Total da escala 23-QVS	24,4	23,4	244,0	24,9	23,7	209,5
Iniciação/persistência – autoeficácia	24,4	23,4	244,5	24,6	23,8	213,0
Eficácia permanente à adversidade – autoeficácia	24,3	23,5	246,0	20,8	25,2	179,0
Eficácia social – autoeficácia	23,0	23,9	254,0	22,8	24,5	205,0
Total da escala Autoeficácia	24,1	23,8	252,0	22,8	24,5	205,0
Pré-contemplação – URICA	24,6	23,0	238,0	18,7	26,0	151,0
Contemplação – URICA	25,7	21,1	205,0	14,3	27,7	94,5**
Ação – URICA	23,9	24,15	252,5	14,3	27,7	95,0**
Manutenção – URICA	24,3	23,5	246,5	19,5	25,7	163,0
Total da escala URICA	24,6	23,0	238,0	13,2	28,1	80,5**

** $p < .01$

2.3. Relação entre vulnerabilidade ao stress, autoeficácia e motivação para o tratamento

Através da análise do quadro 12, tendo em conta as variáveis psicológicas no geral, podemos verificar associações positivas estatisticamente significativas entre as variáveis vulnerabilidade ao *stress* e autoeficácia ($r = .346$; $p = .017$) e entre autoeficácia e motivação para o tratamento ($r = .361$; $p = .012$). Acrescenta-se que, ao contrário do que seria esperado, verificamos que quanto maior a vulnerabilidade ao *stress* mais elevada a autoeficácia, o que pode indicar que estamos perante uma situação de desejabilidade social, onde os participantes responderam ao questionário de autoeficácia tendo em conta o que seria esperado. O mesmo se verifica em relação às correlações com algumas dimensões da escala de autoeficácia e de motivação para o tratamento. Assim, quando analisadas as correlações entre as dimensões/estádios, verificamos ainda associações positivas significativas entre a vulnerabilidade ao *stress* e a escala iniciação/persistência da autoeficácia ($r = .346$; $p = .017$), bem como com os estágios de pré-contemplação ($r = .288$; $p = .050$) e de manutenção ($r = -.364$; $p = .012$) da escala de motivação. Para além disso, podemos observar também correlações positivas significativas entre a autoeficácia e os estágios contemplação ($r = .449$; $p = .002$) e ação ($r = .409$; $p = .004$) da motivação para o tratamento. Por último, apuramos uma correlação positiva significativa entre a motivação e a dimensão eficácia permanente à adversidade da autoeficácia ($r = .325$; $p = .026$).

Quadro 12. Correlação de *Spearman* entre as variáveis vulnerabilidade ao *stress*, autoeficácia e motivação para o tratamento e as suas dimensões/estádios (N=47)

Correlação de <i>Spearman</i>			
	Vulnerabilidade ao <i>stress</i>	Autoeficácia	Motivação para o tratamento
Vulnerabilidade ao <i>stress</i>	1.000	.346*	-.065
Iniciação/persistência – autoeficácia	.537***	.756**	.273
Eficácia permanente à adversidade – autoeficácia	.222	.935**	.325*
Eficácia social – autoeficácia	.203	.660	.287
Autoeficácia	.346*	1.000	.361*
Pré-contemplação – URICA	.288*	.278	.443**
Contemplação – URICA	-.026	.449**	.878***
Ação – URICA	-.010	.409**	.884***
Manutenção – URICA	-.364*	-.075	.526***
Motivação para o tratamento	-.065	.361*	1.000

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

3. Discussão dos Resultados

Dos resultados apresentados anteriormente, constatamos que os toxicodependentes da amostra apresentam níveis de vulnerabilidade ao *stress* bastante elevados, ultrapassando todos o ponto de corte do questionário. A literatura demonstra que os níveis de vulnerabilidade ao *stress* estão muitas vezes relacionados com características individuais e da personalidade de cada sujeito, sendo que características como a baixa tolerância à frustração e impulsividade são algumas das que estão relacionadas com esses níveis elevados (Abraão, 1999; Spence & Matos, 2000). Assim, a relação entre estes fatores e a toxicodependência leva, facilmente, a uma maior vulnerabilidade do indivíduo à utilização de drogas (Ribeiro, 2001), ou seja, indivíduos com maior vulnerabilidade ao *stress* tornam-se mais facilmente consumidores. Para além disso, alguns estudos salientam que a vulnerabilidade ao *stress* está relacionada com o consumo de álcool e uso de drogas na presença de grande tensão, sendo estes consumos mediados pela presença de fatores de risco e proteção que levam a uma vulnerabilidade psicossocial do indivíduo para a recaída (Brown, Vik, McQuaid, Patterson, Irwin & Grant, 1990). No mesmo sentido, estudos demonstram haver uma associação entre o consumo de drogas perante agentes *stressores* é utilizado como recurso para aliviar a angústia emotiva (Marlatt & Gordon, 1993).

Relativamente aos níveis de autoeficácia, na nossa amostra, verificamos *scores* médios de perceção de autoeficácia, havendo, contudo, uma grande variação entre os resultados totais da escala (mínimo 20 e máximo 94). Assim, verificamos que na maior parte os indivíduos parecem possuir crenças nas suas capacidades para organizar e executar as ações desejadas, de forma a obter os resultados esperados. Não foram encontrados estudos no que concerne aos níveis de autoeficácia percecionados pelos toxicodependentes, em comparação com a população em geral. Contudo, é de salientar que indivíduos com níveis de autoeficácia mais elevada terão também uma maior probabilidade de concluir o seu tratamento com sucesso (Bandura, 2003; Laudet, 2003; Laudet, 2007; Laudet et al., 2003; Longshore & Teruya, 2006; Simpson, 2004; Simpson & Joe, 1993), isto porque se não acreditarem nas suas capacidades, para concluir o programa terapêutico, dificilmente isso ocorrerá. Para além disso, a literatura salienta que, quando os utentes se encontram em tratamentos em grupo (como os casos em estudo, que se encontram em comunidades terapêuticas), estes referem que os colegas, principalmente os que estão a concluir os programas, se apresentam como modelos, como uma nova rede de apoio social, disponíveis

para os orientar na recuperação, o que fomenta uma maior autoeficácia e facilita a aquisição de estratégias de *coping* (Laudet, Morgen & White, 2006). Estas constatações vão também de encontro aos resultados apurados pela dimensão de autoeficácia social, que apresenta os níveis médios mais elevados no nosso estudo, corroborando o que foi anteriormente mencionado.

No que diz respeito à motivação para o tratamento, os utentes das comunidades terapêuticas demonstram níveis médios de motivação, o que é um bom indicador para o tratamento. Porém, constatamos que os valores médios menos elevados dizem respeito à escala de manutenção, sendo a etapa que diz respeito ao esforço para consolidar o que foi alcançado, evitando uma recaída, à realização de iniciativas e estratégias com vista a consolidar as mudanças que foram alcançadas. É importante salientar que os estudos focam o facto da motivação para o tratamento depender, numa fase inicial, do reconhecimento dos problemas atuais originados pelo consumo de substâncias (Janeiro, 2007). Para além disso, existem fatores que podem contribuir para o aumento ou diminuição desta variável e, para além disso, esta motivação inicial pode ser internalizada e estimulada, com as técnicas específicas e adequadas a cada indivíduo (Rollnick & Miller, 1991).

Quando nos focamos na relação existente entre as variáveis dependentes em estudo, observamos que existem correlações significativas positivas entre a vulnerabilidade ao *stress* e autoeficácia e entre a autoeficácia e a motivação. Relativamente à primeira associação, ao contrário do que seria esperado, percebemos que na amostra em estudo, quanto mais elevados os níveis de vulnerabilidade ao *stress* maior a percepção de eficácia dos indivíduos. Este resultado indica-nos que estamos perante uma situação de desejabilidade social, onde os toxicodependentes responderam ao questionário de autoeficácia segundo aquilo que seria esperado. Isto porque, tendo em conta a revisão da literatura efetuada, os resultados elevados de vulnerabilidade ao *stress* deveriam ir de encontro a uma baixa percepção de eficácia.

Por sua vez, no que concerne à segunda associação mencionada, verificamos que quanto mais elevados os níveis de autoeficácia, mais motivados se encontram os utentes para o tratamento. Neste sentido, os autores são unânime em considerar que as características que mais contribuem para um investimento e sucesso do tratamento terapêutico são os níveis elevados de autoeficácia e de motivação para o tratamento (Ball, Carroll, Canning-Ball & Rounsaville, 2006; Joe, Simpson & Broome, 1998; Laudet, 2003; Laudet, 2007; Longshore & Teruya, 2006; Simoneau & Bergeron, 2003; Simpson, 2004; Simpson & Joe, 1993; Simpson, Joe, Rowan-Szal & Greener, 1995, 1997; Wild, Cunningham & Ryan, 2006), o que na nossa amostra significa que estamos perante um bom indicador de sucesso terapêutico, uma vez que

os níveis médios, no que concerne a estas variáveis, são satisfatórios e existe uma forte associação entre estas variáveis.

Na mesma ótica, constatamos que existe uma associação positiva significativa entre a vulnerabilidade ao *stress* e a dimensão iniciação/persistência da autoeficácia. Através da análise da literatura, constatamos que os níveis elevados de autoeficácia são um bom preditor de que o indivíduo irá lidar melhor com situações de *stress* (O'Leary, 1992; Ribeiro, 1993). Contudo, não podemos esquecer que estamos perante uma amostra de sujeitos altamente vulneráveis ao *stress*, que, apesar disso, acreditam nas suas capacidades para realizar planos e tarefas, acreditam que conseguem estabelecer objetivos e que são capazes de enfrentar os problemas.

Para além disso, encontramos uma associação positiva significativa entre a vulnerabilidade ao *stress* e o estágio de pré-contemplação da motivação. Esta associação pode ser justificada uma vez que neste estágio os indivíduos ainda não têm a perceção que existe um problema, ainda não existe a intenção de mudança nem crítica sobre o seu problema, daí que níveis elevados nesta escala estão associados a níveis elevados de vulnerabilidade ao *stress* (Oliveira, Laranjeira, Araújo, Camilo, Schneider, 2003). No mesmo sentido, sendo esta uma fase inicial de motivação para o tratamento, os indivíduos estão a iniciar um processo terapêutico cheio de incertezas, medos e dúvidas, o que os expõe mais ao *stress*, apresentando muitas vezes hostilidade e resignação (Cavalcanti & Oliveira, 2012). Assim, numa fase inicial o sujeito compromete-se com o tratamento devido a motivações externas (família, grupo de pares), sobretudo quando existe dificuldades de acesso às substâncias (Hapetian, 1997), daí os níveis mais elevados de vulnerabilidade ao *stress* nesta fase. Por sua vez, encontramos uma associação negativa entre a vulnerabilidade ao *stress* e o estágio de manutenção, isto porque consolidados os comportamentos apreendidos durante todo o processo, esta fase compreende, essencialmente, em persistir e desenvolver estratégias para lidar com a recaída (Cavalcanti & Oliveira, 2012; Yoshida, 2002). Desta forma, os sujeitos já não vivenciam um processo de ambivalência entre querer tratar-se mas ao mesmo tempo não querer abandonar o uso de substâncias. Assim, verificamos que os toxicodependentes menos vulneráveis ao *stress* são aqueles que apresentam maior motivação para o tratamento.

Por fim, no que diz respeito à associação entre as variáveis psicológicas em estudo, constatamos que existe uma associação positiva significativa entre a motivação para o tratamento e a dimensão de iniciação/persistência da autoeficácia. Estes resultados, tal como vimos anteriormente, são explicados pelo facto de os níveis elevados de autoeficácia serem

um bom preditor de motivação para o tratamento, tal como apontado pela literatura. Assim, indivíduos que acreditem nas suas capacidades de realizar planos e ultrapassar obstáculos e problemas, como o caso dos consumos, também vão estar mais motivados para completar o processo de tratamento, uma vez que se não acreditarem que são capazes de se curar dificilmente o vão conseguir.

É igualmente importante neste tópico discutirmos os resultados obtidos ao nível das variáveis idade de início dos consumos e história familiar de consumos, ao nível das variáveis psicológicas estudadas nesta investigação.

Relativamente à variável escolaridade, verificamos que apenas na dimensão eficácia permanente à adversidade, da escala de autoeficácia, se verifica diferença significativa entre os participantes com menos escolaridade e os que apresentam uma escolaridade superior, sendo que os que indicam ter apenas escolaridade obrigatória são os que apresentam uma perceção mais elevada de eficácia nesta dimensão. Assim, estes participantes parecem apresentar maior vontade de persistir em situações adversas.

No que se refere à idade de início de consumo, foram encontradas diferenças significativas ao nível da autoeficácia e, especificamente, da autoeficácia permanente à adversidade e dos estádios de contemplação e de manutenção relativos à motivação para o tratamento. Assim, verificamos que, os utentes que iniciaram os consumos mais cedo, apresentam níveis menos elevados de autoeficácia no geral e principalmente frente a situações adversas, ou seja, parecem desistir mais facilmente das coisas e não tentam superá-las. Para além disso, apresentam, de igual forma, níveis menos elevados de motivação para o tratamento, sobretudo no estágio de contemplação, onde os utentes começam a ter consciência do problema, apesar de poderem apresentar ainda um sentimento de ambivalência entre pensar na mudança mas não se sentir preparado para agir, e no estágio de manutenção, no qual os indivíduos começam a preservar os valores adquiridos durante o processo de mudança, sendo um processo fundamental para dar continuidade ao esforço de forma a não regressarem aos padrões comportamentais indesejados (Rangé & Marlatt, 2008). A literatura é escassa no que se refere aos níveis de autoeficácia e de motivação para o tratamento tendo como comparação os indivíduos que iniciam os consumos muito cedo em relação com os que iniciam mais tarde.

Por sua vez, no que concerne às diferenças encontradas entre os utentes com história familiar de consumos e sem história familiar de consumos, apuramos resultados significativos ao nível da motivação para o tratamento e, especificamente, nos estádios de contemplação e ação, apresentando os segundos resultados mais favoráveis. Neste sentido, os sujeitos que

têm ou tiveram familiares toxicodependentes, apresentam menores níveis de motivação para o tratamento, principalmente nos estádios de contemplação, tal como os que iniciam mais cedo os consumos, e no estágio de ação, no qual o indivíduo já apresenta alterações conscientes, com ideias determinadas, ocorrem mudanças estruturadas e existe evidências de um esforço real nesse sentido. Assim, estes resultados podem estar relacionados com o facto dos utentes com histórias familiares de consumos terem deixado de acreditar na recuperação devido às figuras próximas e, por isso, acabam por não se sentir motivados nem fazer um esforço real para a mudança. Contudo, são vários os estudos que salientam o papel da família no início dos consumos, sendo que muitos identificam um padrão familiar (famílias destruturadas, hostis, parentalidade distante ou delegada) dos toxicodependentes (Hapetian, 1997; Fleming, 1996; Torres, Lito, Sousa & Tormenta, 2005).

4. Conclusão, Limites de Estudo e Implicações Futuras

Esta investigação reflete sobre a importância do estudo de variáveis que possam ter influência sobre a motivação para o tratamento em toxicodependentes, de forma a serem desenvolvidos programas com estratégias mais direcionadas para as necessidades dos nossos utentes. Os resultados apurados confirmam, na generalidade, os dados revistos pela literatura.

Como aferimos, a partir da revisão teórica, e tendo em conta as implicações deste estudo para a prática clínica, compreendemos que a vulnerabilidade ao *stress* é uma das características patentes nestes sujeitos, daí os elevados níveis apresentados na nossa amostra, sendo esta uma das características a ter em conta quando trabalhamos com esta população. Os sujeitos com maior vulnerabilidade ao *stress* apresentam menor motivação para o tratamento, no que deve ser tido em conta quando trabalhamos com esta população. Ao nível da autoeficácia em relação com a vulnerabilidade ao *stress* não podemos retirar conclusões fidedignas desta dissertação, uma vez que parece estarmos perante desejabilidade social por parte destes participantes. Por fim, é importante salientar a autoeficácia e a motivação para o tratamento como fortes indicadores para um tratamento bem sucedido, o que deve ser incluído nos programas dirigidos a esta população. Assim, os utentes que apresentem níveis mais elevados de autoeficácia e de motivação terão um processo terapêutico de mudança e dificilmente recairão. Neste sentido, é importante compreendermos e focar-nos sobre as estratégias necessárias para aumentar os níveis de motivação e a percepção de eficácia, de forma a obtermos cada vez mais e melhores resultados terapêuticos.

Relativamente às limitações deste estudo, salientamos sobretudo a dificuldade em encontrar estudos que abordem estas três variáveis conjuntamente. Acrescenta-se, ainda, que outra das dificuldades se prende com o facto de não pudermos atribuir uma relação de causalidade às variáveis em estudo.

Apesar disso, consideramos ter cumprido os objetivos propostos para este estudo, contribuindo para o estudo e conhecimento desta realidade tão preocupante que é a toxicodependência. Neste sentido, consideramos que estudos posteriores devem incidir sobre a relação entre estas variáveis, com amostras mais concisas, de forma a compreender onde devemos intervir com estes utentes, proporcionando programas mais direccionados para as necessidades dos indivíduos de forma a contribuir, igualmente, para a diminuição do número de recaídas.

Referências Bibliográficas

- Agra, C., & Fernandes, L. (1993). Droga enigma, droga novo paradigma. In C. Agra (Coord.), *Dizer a droga, ouvir as drogas*. Porto: Radicário.
- Allsop, S., Saunders, B., & Philips, M. (2000). The process of relapse in severely dependent male problem drinkers. *Addiction*, 95, 95-106.
- American Psychiatric Association. (2004). DSM - IV - TR. 4ª Edição. Lisboa: Climepsi.
- Anaut, M. (2005). *A resiliência. Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi.
- Angel, P., Richard, D., & Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi.
- Araújo, M., & Moura, O. (2011). Estrutura factorial da General Self-Efficacy Scale (Escala de Auto-eficácia Geral) uma amostra de professores portugueses. *Laboratório de Psicologia*, 9 (1), 95-105.
- Ball, S. A., Carroll, K. M., Canning-Ball, M., & Rounsaville, B. J. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive Behaviors*, 31 (2), 320-330.
- Ballone, G. J. (2010). *Dependência Química e outras doenças mentais*. Disponível em www.psiqweb.med.br, acesso em 15 de Janeiro de 2013.
- Bandura, A. (1994). Self efficacy. *Encyclopedia of Human Behavior*, 4, 71-81.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Batista, M. N., & Santos, T. M. (2008). Suporte familiar, auto-eficácia e locus de controle – evidências de validade entre os construtos. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 28 (2), 260-271.
- Barreira, D. D., & Nakamura, A. P. (2006). Resiliência e auto-eficácia percebida: articulação entre conceitos. *Aletheia*, 23, 75-80.
- Barros, M., & Batista-dos-Santos, A. C. (2010). Por dentro da auto-eficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. *Revista Espaço Acadêmico*, 112, 1-9.
- Beck, A., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liesh, B. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. Nova Iorque: Guilford Press.

- Benson, P. L., Scales, P. C., Hamilton, S. F., & Sems, A. Jr. (2006). Positive youth development: Theory, research, and applications. In R. M. Lerner (Ed.). *Theoretical models of human development*. New Jersey: Wiley.
- Bien, T. H., Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88, 315-335.
- Biggam, F. H. & Power, K. G. (1997). Social support and psychological distress in a group of incarcerated young offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 41 (3), 213-230.
- Blaauw, E., Kerkhof, M. & Hayes, L. (2005). Demographic, criminal, and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 33 (4), 381-388.
- Blackburn, I. M., & Cottaras, J. (1988). *Thérapie cognitive de la depression*. Masson.
- Bonner, R. L. (2006). Stressful segregation housing and psychosocial vulnerability in prison suicide ideators. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (2), 250-254.
- Brown, B. S., O'Grady, K. E., Battjes, R. J., & Katz, E. C. (2004). The Community Assessment Inventory – Client views of supports to drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27 (3), 241-251.
- Brown, G. W. (1993). The role of life events in the etiology of depressive and anxiety disorders. In S. C. Standford & P. Salmon (Eds.), *Stress – From synapse to syndrome* (pp. 23-50). Harcourt Brace & Company Publishers – Academic Press.
- Brown, J. M., & Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 211–218.
- Brown, S. & Day, A. (2008). The role of loneliness in prison suicide prevention and management. *Journal of Offender Rehabilitation*, 47 (4), 433-449.
- Brown, S. A., Vik, P. W., McQuaid, J. R., Patterson, T. L., Irwin, M. R., & Grant, I. (1990). Severity of psychosocial stress and outcome of alcoholism treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 344-348.
- Cahill, M. A., Bryon, A., Hosing, H., Muller, K., & Pulliam, C. (2003). Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addictive Behaviors*, 28, 67-79.
- Califano Jr., J. A. (2001). Carrots, Sticks, and Children – A revolution in drug policy. *America*, 4 (11), 10-13.
- Chaplin, J.P. (1988). *Dicionário de psicologia*. Lisboa.

- Chen, G., Gully, S. M. & Eden, D. (2001). Validation of a new general self-efficacy scale. *Organizational Research Methods*, 4 (1), 62-83.
- Costa, S., & Caldas, J. (Setembro 2010). *Toxicodependentes em tratamento: Influência da autoeficácia e dos comportamentos de risco na recaída*. Projeto apresentado no III Workshop CICS/UnIPSa/CITS.
- Daniel, A. E. (2006). Preventing suicide in prison: A collaborative responsibility of administrative, custodial and clinical staff. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 34 (2), 165-175.
- Deci, E. L, & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychol Inq*, 11 (4), 227-68.
- DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover*. New York: The Guilford Press.
- DiClemente, C. C., Belino, L. E., & Neavins, T. M. (1999). Motivation for change and alcoholism treatment. *The American Journal on Adiction*, 13, 103-119.
- DiClemente, C. C., Schlundt, B. S., & Gemmell, B. S. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *The American Journal on Addiction*, 13, 103-119.
- Drieschner, K. D., Lammers, S. M. & Staak, C. P. (2004). Treatment motivation: an attempt for clarification of ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, 23, 1115-1137.
- Edwards, G., & Taylor, C. (1994). A test of the matching hypothesis: alcohol dependence, intensity of treatment, and 12-month outcome. *Addiction*, 89 (5), 553–561.
- Feijão, F. (2004). *Aspectos epidemiológicos do uso de drogas*. In C. Ferreira-Borges & H. C. Filho, Alcoolismo e toxicodependência: Manual Técnico 2 (pp. 55-82). Projecto Álcool, tabaco, drogas, saúde: Usos, abusos e dependências. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ferreira-Borges, C., & Filho, H. C. (2004). *Usos, abusos e dependências: alcoolismo e Toxicodependência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fiamenghi, G. A., (2001). *Motivos & emoções*. São Paulo: Ed. Mackenzie.
- Fortin, L., & Brigas, M. (2000). Lá résilience des enfants, facteurs de risqué, de protection. *Pratiques Psychologiques*, 1, 49-63.
- Freitas, M. F., & Dias, J. P. (2010). Teoria social cognitiva: conceitos básicos. *Ciência & Cognição*, 15 (3), 204-205.
- Garnezy, N. (1985). Stress-resistant children: the search for protective factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 4, 213-233.

- Gestoso, C. G. (2005). La importancia del estrés laboral en el mundo actual. *Ateneo: revista cultural del Ateneo de Cádiz*, 5, 84-95.
- Glantz, M. D., & Leshner, A. I. (2000). Drug Abuse and Developmental Psychopathology. *Development and Psychopathology*, 12, 795-814.
- Goldberg, D., & Huxley, P. (1996). *Perturbações mentais comuns: um modelo bio-social*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gonçalves, R. A. (2005). Stress e vitimação em meio prisional: Dos crimes aos castigos. In A. M. Pinto & A. L. Silva (Coords.). *Stress e bem-estar* (pp. 135-149). Lisboa: Climepsi Editores.
- Gonçalves, R. A. & Vieira, H. (1989). Um modelo multidimensional para a prevenção do suicídio na prisão. *Temas Penitenciários*, 2 (7), 7-17.
- Guimarães, R., & Fleming, M. (2009). Dor que consome. Para uma compreensão da dor mental na toxicodependência. *Toxicodependências*, 15 (2), 3-12.
- Gustavo, A., & Cabrera, A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 18 (2), 129-138.
- Haggerty, R. J., Sherrod, L. R., Gamezy, N., & Rutter, M. (2000). *Stress, risk and resilience in children and adolescents: process, mechanisms and interventions*. New York: Cambridge University Press.
- Hapetian, I. (1997). *Famílias: entender a toxicodependência*. Lisboa: Verbo.
- Hayes, L. M. (1995). *Prison suicide: An overview and guide to prevention*. Massachusetts: National Center on Institutions and Alternatives.
- Hayes, L. M. (2001). Jail suicide risk despite denial (or when actions speak louder than words). *Crisis*, 22 (1), 7-9.
- Ibrahim, F., Kumar, N., & Samh, B. (2011). Self efficacy and relapsed addiction tendency: an empirical study. *The Social Sciences*, 6 (4), 277-282.
- Ivanoff, A., & Jang, S. J. (1991). The role of hopelessness and social desirability in predicting suicidal behavior: A study of prison inmates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (3), 135-146.
- Janeiro, L. (2007). Motivação para o tratamento: estratégias psicoterapêuticas no tratamento da toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, 13 (1), 49-58.
- Jessor, R., Van Der Blos, J., Vanderryn, J., & Costa, F. (1995). Protective factors in adolescent problem behaviour: moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31 (6), 923-933.
- Jesus, S. (2002). *Perspectivas para o bem-estar docente: uma lição de síntese*. Porto: ASA.

- Jesus, S. (2005). Bem-estar docente: perspectivas para superar o mal-estar dos professores. In A. Pinto e A. Silva (Coords.). *Stress e bem-estar*. Lisboa: Climepsi, p. 17-42, 2005.
- Jesus, S. & Pereira, A. (1994). *Estudo das estratégias de “coping” utilizadas pelos professores*. In: Seminário A Componente da Psicologia na Formação e Outros Agentes Educativos. 5. Universidade de Évora, p. 253-268.
- Jungerman, F. S., & Laranjeira, R. (1999). Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 18 (5), 197-207.
- Karon, B., & Widener, A. (1995). Psychodynamic therapies in historical perspective: “Nothing human I consider alien to me”. In B. Bongar, & L. Beutler (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychotherapy. Theory and Practice*. New York: Oxford University Press.
- Lamas, K., & Patrício, M. O. (2008). Resenha teórica social cognitiva? Mérito prazer!. *Psicologia em Pesquisa*, 2 (2), 96-98.
- Landry, M.J., (1994). *Understanding drugs of abuse: The processes of addiction, treatment and recovery*. Washington, D.C: American Psychiatric Press.
- Laudet, A. B. (2003). Attitudes and beliefs about 12-step groups among addiction treatment clients and clinicians: Toward identifying obstacles to participation. *Substance Use & Misuse*, 38 (14), 2017-2047.
- Laudet, A. B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 243-256.
- Laudet, A. B., Magura, S., Cleland, C. M., Vogel, H. S., & Knight, E. L. (2003). Predictors of retention in dual-focus self-help groups. *Community Mental Health Journal*, 39 (4), 281-297.
- Laudet, A., Morgen, K., & White, W. L. (2006). The role of social supports, spirituality, religiousness, life meaning and affiliation with 12-step fellowships in quality of life satisfaction among individuals in recovery from alcohol and drug problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24 (1-2), 33-73.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Leal, M. (1998). *Stress e burnout*. Porto: Bial.
- Lima, S. A., & Fuks, J. (2006). *Dependência de drogas e psicoterapia – Grupo: uma alternativa viável?*. In D. S. Silveira, & F. G. Moreira, (Orgs.). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Editora Atheneu.

- Longshore, D., & Teruya, C. (2006). Treatment motivation in drug users: A theory-based analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 81, 179-188.
- Magura, S., (2003). The role of work in substance dependency treatment: A preliminary overview. *Substance Use & Misuse*, 38 (11-13), 1865-1876.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (1984). *Manual de psicopatologia do adolescente*. Porto: Porto Alegre.
- Maristela, M. G. (2004). *Prefácio*. In C. Ferreira-Borges & H. C. Filho, Alcoolismo e toxicodependência: Manual técnico 2, (pp. V-VI). Projecto Álcool, tabaco, drogas, saúde: Usos, abusos e dependências. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Martins, M. C. (s.d). Factores de risco psicossociais para a saúde mental. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 255-268.
- Martínez L. M., & Camps R. L. (1998). *Procesos Psicológicos y Adicciones - Procesos de Cambio. Proceso Terapéutico de Cambio. El Modelo de Prochaska y DiClemente*. C.S.V. Valencia.
- Masten, A. R., & Coatsworth, J. (1998). Development of competence in favourable and unfavorable environments. Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53 (2), 205-220.
- Maximiano, A. C., (2006). *Administração para Empreendedores: fundamentos da criação e da gestão de novos negócios*. São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Medeiros, P. C., Loureiro, S. R., Linhares, M. B., & Marturano, E. M. (2000). A autoeficácia e os aspetos comportamentais de crianças com dificuldades de aprendizagem. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13 (3), 327-336.
- Miller, W. R. (1998). Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. *Addiction*, 93 (7), 979-990.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Moreira, N. A. (2008). *Sofrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Moreira, N. A. (2009). *Factores de risco associados à ideação suicida durante a prisão preventiva: estudo exploratório*. Tese de Mestrado em Psicologia da Justiça, não publicada. Faculdade de Psicologia Universidade do Minho, Braga.
- Moreira, S. J. (1998). Suicídio prisional: Um retrato. *Temas Penitenciários*, 2 (1) , 17-38.
- Morel, A., Hervé, F., & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Mullen, K., & Hammersley, R. (2006). Attempted cessation of heroin use among men approaching mid-life. *Drugs: education, prevention and policy*, 13 (1), 77-92.
- Nunes, M. F. (2008). Funcionamento e desenvolvimento das creças de auto-eficácia: uma revisão. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 9 (1), 29-42.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2002). *As drogas em destaque: o papel essencial do tratamento de substituição*. Lisboa: EMCDDA.
- Ogden, J., (2000). *Psicologia da saúde*. Lisboa.
- Oliveira, J. E. (2008). *A autoeficácia como capital de identidade na transição para a adultez*. Dissertação de Mestrado, não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto
- Organização Mundial de Saúde (2007). *Infodrogas*. Acesso em 15 de Janeiro de 2013, em: <http://www.idt.pt/id.asp?id=p5>.
- Pacheco, J. E., Murcho, N. A., Jesus, S. N., & Pacheco, A. S. (2009). Factores de risco e protecção das toxicodependências em crianças e jovens adolescentes: contributos para a sua compreensão. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 17 (1), 33-38.
- Pellegrini, A. L., Fernandes, S. R., & Gomes, A. F. (2010). Estress e fatores psicossociais. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 30 (4), 712-725.
- Pocinho, M., & Capelo, M. R. (2009). Vulnerability to stress, coping strategies and self-efficiency among Portuguese teachers. *Educação e Pesquisa*, 35 (2), 351-367.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 19 (3), 276-288.
- Rangé, B. P., & Marlatt, G. A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (2), 88-95.
- Ribeiro, J. S. (2004). Políticas públicas sobre substâncias ilícitas. In C. Ferreira-Borges & H. C. Filho, *Alcoolismo e toxicodependência: Manual técnico 2* (pp. 189-198). Projecto Álcool, tabaco, drogas, saúde: Usos abusos e dependências: Lisboa: Climepsi Editores.

- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2003). Addiction. *Annual Review of Psychology*, 54, 25-53.
- Rodrigues, C. (1998). *Motivação*. Porto: Contraponto Edições.
- Rokach, A. (2005). Drug withdrawal and coping with loneliness. *Social Indicators Research*, 73, 71-85.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol*, 55 (1), 68-78.
- Salanova, M., Bresó, E., & Schaufeli, W. (2005). Hacia un modelo espiral de las creencias de eficacia en el estudio del burnout y del engagement. *Ansiedad y Estrés*, 11 (2-3), 215-231.
- Schwarzer, R., & Hallum, S. (2008). Perceived teacher self-efficacy as a predictor of job stress and burnout: meditation analyses. *Applied Psychology*, 57, 152-171.
- Schwarzer, R., & Schmitz, G. (2004). Perceived self-efficacy as a resource factor in teacher. In M. Salanova, R. Grau, I. Martínez, E. Cifre, S. Llorens & M. Garcia-Renedo (Eds.), *Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia* (pp. 229-236). Castelló de la Plana: Publications de la Universitat Jaume.
- Scholz, U., Doña, B. G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18 (3), 242-251.
- Schuckit, M. (1995). *Abuso de álcool e drogas*. Lisboa: Artes Médicas.
- Schunk, D. H. (1995). Self-efficacy and education and instruction. In J. E. Maddux (Org.), *Self-efficacy, adaptation and adjustment* (pp. 281-301).. New York: Plenum Press.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Serra, A. V. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21 (4), 261-278.
- Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do Autor.
- Shaffer, M. (1982). *Life after stress*. New York: Plenum Press.
- Simoneau, H., & Bergeron, J. (2003). Factors affecting motivation during the first six weeks of treatment. *Addictive Behaviours*, 28, 1219-1241.
- Simpson, D. D. (2004). A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 99-121.
- Sindelar, J. L., & Fiellin, D. A. (2001). Innovations in treatment for drug abuse: Solutions to a public health problem. *Annual Review of Public Health*, 22, 249-272.

- Solberg, U., Burkhart, G. & Nilson, M. (2002). Na overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway. *International Journal of Drug Policy*, 13, 477-484.
- Sprinthall, R. C., & Sprinthall, N. A. (1993). *Psicologia educacional: uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: McGraw Hill.
- Substance Abuse & Mental Health Services Administration – SAMHSA (2001). *Substance Abuse Prevention and Treatment, Recovery, Mental Health Services and Spirituality: Partnerships That Work. "A Life in the Community For Everyone"*. Acesso a 15 de Janeiro de 2013 em "<http://www.samhsa.gov/FBCI/background.aspx>".
- Szupszynski, K. P., & Oliveira, M. S. (2008). O modelo transteórico no tratamento da dependência química. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10 (1), 162-173.
- Vaz-Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edições do Autor, 1999.
- Vaz-Serra, A. (2000a). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: A 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 21 (4), 279-308.
- Vaz-Serra, A. (2000b). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21, 457-466.
- Vaz-Serra, A. (2005). *As múltiplas facetas do stress*. Lisboa: Climepsi.
- White, W., & Kurtz, E. (2006). The varieties of recovery experience. *International Journal of Self Help and Self Care*, 3 (1-2), 21-61.
- Wild, T. C., Cunningham, J. A., & Ryan, R. M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addictive Behaviours*, 31, 1858-1872.
- Yoshida, E. M., (2002). Escala de estágios de mudança: uso clínico e em pesquisa. *Psico-USF*, 7 (1), 59-66.
- Yoshida, E. M., Primi, R., & Pace, R. (2003). Validade da Escala de Estágios de Mudança. *Revista Estudos de Psicologia*, 20 (3), 7-21.
- Zocalli, R., Muscatello, M. R., Bruno, A., Bilardi, F., De Stefano, C., Felletti, E., Isgrò, S., Micalizzi, V., Micò, U., Romeo, A., & Meduri, M. (2007). Temperament and character dimensions in opiate addicts: Comparing subjects who completed inpatient treatment in therapeutic communities vs. incompleters. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33 (5), 707-715.

– **Anexos** –

- Anexo I -

Consentimento Informado

Caro Senhor(a),

Eu, Sónia Margarida Marinho Gonçalves Cerqueira, aluna do 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Católica Portuguesa, estou a desenvolver a minha dissertação de mestrado, intitulada “Vulnerabilidade ao stress, autoeficácia e motivação para o tratamento em toxicodependentes, na Comunidade Terapêutica do Projecto Homem, Comunidade Terapêutica de Adaúfe. O objetivo da mesma passa por compreender as variáveis vulnerabilidade ao stress e autoeficácia e a relação destas com a motivação para o tratamento. Por outras palavras, este estudo pretende compreender se maior stress e a forma como avalia a sua capacidade para desempenhar determinada tarefa se relaciona com a sua motivação para o tratamento de drogas.

Nesse sentido, venho por este meio solicitar a sua colaboração no preenchimento de quatro questionários relativos a alguns dados sociodemográficos, à vulnerabilidade ao stress, à autoeficácia e à motivação para o tratamento. Isto implicará a sua disponibilidade para uma avaliação de cerca de 45 minutos.

Salienta-se ainda que todos os dados são anónimos e a confidenciais e que, mediante concordância com a participação neste estudo, tem a possibilidade de desistência da mesma a qualquer momento.

Reconhecidamente, agradeço a sua disponibilidade e preciosa colaboração para que se torne possível a realização deste estudo.

A Psicóloga Estagiária,

(Sónia Margarida Marinho Gonçalves Cerqueira)

DECLARAÇÃO

Eu, _____, declaro que tomei conhecimento sobre os objetivos do estudo “Vulnerabilidade ao stress, autoeficácia e motivação para o tratamento em toxicodependentes”, a levar a cabo pela psicóloga estagiária Sónia Margarida Marinho Gonçalves Cerqueira, aluna do 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa. Para que se torne possível esta investigação, declaro ainda que aceito colaborar com a mesma no preenchimento de quatro questionários, sendo que a qualquer momento tem a possibilidade de desistência.

Assinatura,

Data: __/__/____

- Anexo II -

Questionário Sociodemográfico e Clínico

Questionário Sociodemográfico e Clínico

(Cerqueira & Costa, 2013)

Dados Pessoais

Idade: _____ Sexo: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____ Estado Civil: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Nível económico _____

História Clínica

Idade de Início de consumo: _____ Quantos anos consumiu? _____

Há quanto tempo esta na comunidade: _____

Existem consumos de drogas na família? _____

Neste momento faz algum tipo de tratamento de substituição (por exemplo com uso de metadona)? _____ Qual? _____

Tem apoio de familiares? _____

Se sim, qual o familiar com quem tem mais contacto e que mais o apoia? _____

Data ____/____/____

- Anexo III -

Questionário de Vulnerabilidade ao *Stress*- 23 QVS

23 QVS (Vaz Serra, 2000)

INSTRUÇÕES

Cada uma das questões que a seguir é apresentada serve para avaliar a sua maneira de ser habitual. Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a *sua* resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea assinalando com uma cruz (x) no quadrado respectivo □ aquela que se aproxima mais do modo como se comporta ou daquilo que realmente lhe acontece.

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
1. Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldades em me relacionar com pessoas desconhecidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dou e recebo afecto com regularidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para me esforçar para as resolver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sou um indivíduo que se enerva com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
18. Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Anexo IV –

Escala de Avaliação de Autoeficácia Geral

COMO EU SOU

N.º de observação: _____

Vai encontrar a seguir um conjunto de afirmações acerca da maneira como você pensa sobre si próprio. À frente de cada afirmação encontra 7 letras (de A a G). Se assinalar a letra A significa que discorda totalmente da afirmação e que ela não corresponde, de maneira nenhuma, ao que você pensa de si; se assinalar a letra G significa que a afirmação corresponde totalmente ao que você pensa sobre si próprio/a. Entre esse dois extremos pode ainda escolher uma de 5 letras consoante estiver mais ou menos em desacordo com a sua maneira de pensar. Assinale uma das letras. Não há respostas certas ou erradas, todas as respostas que der são igualmente correctas. Peça-lhe que pense bem na resposta de modo a que ela expresse correctamente a sua maneira de pensar

	Discordo totalmente ↓	discordo bastante ↓	discordo um pouco ↓	não concordo nem discordo ↓	concordo um pouco ↓	concordo bastante ↓	Concordo totalmente ↓
1- Quando faço planos tenho a certeza que sou capaz de realizá-los	A	B	C	D	E	F	G
2- Quando não consigo fazer uma coisa à primeira insisto e continuo a tentar até conseguir	A	B	C	D	E	F	G
3- Tenho dificuldade em fazer novos amigos	A	B	C	D	E	F	G
4- Se uma coisa me parece muito complicada, não tento sequer realizá-la	A	B	C	D	E	F	G
5- Quando estabeleço objectivos que são importantes para mim, raramente os consigo alcançar	A	B	C	D	E	F	G
6- Sou uma pessoa auto-confiante	A	B	C	D	E	F	G
7- Não me sinto capaz de enfrentar muitos dos problemas que se me deparam na vida	A	B	C	D	E	F	G
8- Normalmente desisto das coisas antes de as ter acabado	A	B	C	D	E	F	G
9- Quando estou a tentar aprender alguma coisa nova, se não obtenho logo sucesso, desisto facilmente	A	B	C	D	E	F	G
10- Se encontro alguém interessante com quem tenho dificuldade em estabelecer amizade, rapidamente desisto de tentar fazer amizade com essa pessoa	A	B	C	D	E	F	G
11- Quando estou a tentar tornar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar	A	B	C	D	E	F	G
12- Desisto facilmente das coisas	A	B	C	D	E	F	G
13- As amizades que tenho foram conseguidas através da minha capacidade pessoal para fazer amigos	A	B	C	D	E	F	G
14- Sinto insegurança acerca da minha capacidade para fazer coisas	A	B	C	D	E	F	G
15- Um dos meus problemas, é que não consigo fazer as coisas como devia	A	B	C	D	E	F	G

-Anexo V -

University of Rhode Island Change Assessment – URICA

URICA: McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983

Versão portuguesa revista: Lopes, P.; Prieto, G.; Delgado, A.; Gamito, P. & Trigo, H. (2007).

Este questionário é composto por frases que descrevem como uma pessoa se pode sentir quando começa um tratamento ou aborda um problema na sua vida. Por favor, indique o quanto concorda ou discorda de cada frase. Em cada caso, faça a sua escolha em termos do que está a sentir agora, e não o que sentiu no passado ou como gostaria de se sentir.

Para todas as frases que se referem ao seu problema, responda em termos do problema relacionado com os seus consumos de drogas. As palavras aqui e neste local referem-se ao programa de tratamento de drogas.

Existem 5 respostas possíveis para cada um dos itens do questionário. Indique a resposta que melhor descreve a sua opinião:

1	2	3
Discorda	Concorda	Concorda Totalmente

	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1 - No meu ponto de vista, eu não tenho qualquer problema que precise de ser mudado.	1	2	3
2 - Penso que posso estar preparado para alguma mudança pessoal.	1	2	3
3 - Estou a fazer alguma coisa acerca dos problemas que me têm andado a incomodar.	1	2	3
4 - Talvez valha a pena trabalhar no meu problema.	1	2	3
5 - O problema não está em mim. Não faz muito sentido para mim estar aqui.	1	2	3
6 - Estou preocupado em voltar a ter o mesmo problema, que pensei já estar resolvido, por isso estou aqui a pedir ajuda.	1	2	3
7 - Estou finalmente a fazer algum trabalho sobre o meu problema.	1	2	3
8 - Tenho estado a pensar que posso querer fazer algumas mudanças em mim.	1	2	3
9 - Tenho tido sucesso em resolver o meu problema, mas não estou seguro que eu possa manter este esforço sozinho.	1	2	3
10 - Por vezes o meu problema é difícil, mas estou a trabalhar sobre ele.	1	2	3
11 - Estar aqui é uma perda de tempo para mim, porque o problema não tem nada a ver comigo.	1	2	3
12 - Tenho esperança que este lugar me ajude a compreender-me melhor.	1	2	3
13 - Penso que tenho defeitos, mas não há nada que eu realmente precise de mudar.	1	2	3

	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
14 - Realmente estou a esforçar-me muito para mudar.	1	2	3
15 - Eu tenho um problema e penso realmente que tenho que trabalhar sobre ele.	1	2	3
16 - Não estou a conseguir manter as mudanças que fiz tão bem como eu esperava, e estou aqui para prevenir uma recaída.	1	2	3
17 - Mesmo que nem sempre eu tenha sucesso com a mudança, pelo menos estou a esforçar-me para resolver o meu problema.	1	2	3
18 - Pensei que uma vez resolvido o problema, estaria livre dele. Mas às vezes ainda me encontro a lutar contra ele.	1	2	3
19 - Eu gostava de ter mais ideias de como resolver o meu problema.	1	2	3
20 - Eu comecei a trabalhar sobre o meu problema, mas eu gostava de ter ajuda.	1	2	3
21 - Talvez este lugar me possa ajudar.	1	2	3
22 - Eu posso precisar de um estímulo agora para me ajudar a manter as mudanças que eu já fiz.	1	2	3
23 - É possível que eu seja parte do problema, mas eu realmente não penso que seja.	1	2	3
24 - Espero que alguém aqui me possa dar boas orientações.	1	2	3
25 - Qualquer um pode falar sobre mudanças, mas eu estou realmente a fazer alguma coisa sobre isso.	1	2	3
26 - Toda esta conversa sobre psicologia é aborrecida. Por que é que as pessoas não podem simplesmente esquecer os seus problemas?	1	2	3
27 - Estou aqui para prevenir uma recaída no meu problema.	1	2	3
28 - É frustrante, mas sinto que posso estar a ter uma recaída num problema que eu pensava que já tinha resolvido.	1	2	3
29- Eu tenho preocupações como todas as pessoas. Porquê perder tempo a pensar nelas?	1	2	3
30 - Eu estou, activamente, a tentar resolver o meu problema.	1	2	3
31 - Preferiria conviver com os meus defeitos do que tentar mudá-los.	1	2	3
32 - Depois de tudo o que eu fiz para mudar os meus problemas, de vez em quando eles voltam para me perseguir.	1	2	3

Muito obrigado pela sua colaboração.

- Anexo VI –

Autorização dos autores dos questionários utilizados

Outlook - soniamarinho@ x

Microsoft Corporation [US] <https://dub126.mail.live.com/default.aspx?id=64855>

Outlook | Novo Responder | Excluir | Arquivar | Lixo Eletrônico | Limpar | Mover para | Categorias

Pesquise email

Pastas

Caixa de Entrada 145

Lixo 54

Rascunhos 2

Enviados

Excluídos 22

gmail - mclinicasaud...

Nova pasta

Visualizações r...

Documentos 3

Fotos 5

Sinalizadas 4

Nova categoria

Re: Autorização_Questionário de Vulnerabilidade ao Stress- 23 QVS

Adriano Vaz-Serra (adriano.vazserra@gmail.com) Adicionar aos contatos 05/12/2012

Para: Sónia Marinho Marinho

Sónia,

Tenho todo o gosto que utilize escalas criadas por mim. Desde já fica autorizada a usá-las. Para além da 23QVS, que serve para medir "**Vulnerabilidade ao Stress**", **tenho também o "Inventário de Resolução de Problemas"** que serve para medir "estratégias de coping".

Contudo, para lhe enviar o material de que precisa necessito que me envie o seu endereço de correio normal: nome da rua, número da porta e código postal.

Quando tiver estes elementos envio-lhe por correio verde, sem precisar de pagar nada, tudo quanto precisa: a escala, o artigo que explica a sua criação, um MiniCD com o programa de cotação.

Fico a aguardar uma resposta sua.

Com as melhores saudações,

Adriano Vaz Serra

javascript:void(0); Desenvolvedores Português (Brasil)

14:24 29/10/2013

Outlook - soniamarinho@ x

Microsoft Corporation [US] <https://dub126.mail.live.com/default.aspx?id=64855#n=733497444&fid=1>

Outlook | Novo Responder | Excluir | Arquivar | Lixo Eletrônico | Limpar | Mover para | Categorias

Pesquise email

Pastas

Caixa de Entrada 145

Lixo 54

Rascunhos 2

Enviados

Excluídos 22

gmail - mclinicasaud...

Nova pasta

Visualizações r...

Documentos 3

Fotos 5

Sinalizadas 4

Nova categoria

Não é possível se conectar ao Outlook agora. Verifique se você está conectado à Internet e tente novamente

RE: Autorização_Escala de Avaliação de Autoeficácia Geral

José Luis Pais Ribeiro (jlpr@fpce.up.pt) Adicionar aos contatos 06/12/2012

Para: Sónia Marinho Marinho

Autorizo a utilização da escala pedida

José Luis Pais Ribeiro
jlpr@fpce.up.pt
mobile phone: (351) 965045590
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

De: Sónia Marinho Marinho [soniamarinho@hotmail.com]
Enviado: quarta-feira, 5 de Dezembro de 2012 21:39
Para: José Luis Pais Ribeiro
Assunto: Autorização_Escala de Avaliação de Autoeficácia Geral

Boa tarde,

Eu, Sónia Marinho, sou aluna da Universidade Católica Portuguesa, na Faculdade de Filosofia de Braga, a frequentar o segundo ano do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.

Estou a realizar a minha dissertação de mestrado intitulada "Vulnerabilidade ao stress, autoeficácia e estratégias de coping em toxicod dependentes: comparação...

O Outlook.com funciona na perfeição no Internet Explorer mais recente.

Experimente.

Registe o seu PC como "Fidedigno" para aumentar a segurança do e-mail.

Agora

Veja o seu e-mail em qualquer lugar com o Outlook.com no telemóvel.

Configurar

Os filtros encontram e-mails mais depressa. Não lidos, newsletters e outros.

Saber mais

Outlook.com

javascript:void(0); Desenvolvedores Português (Brasil)

14:17 29/10/2013

Outlook - soniamarinho@x

Microsoft Corporation [US]https://dub126.mail.live.com/default.aspx?id=64855#n=733497444&fid=1&mid=19f8263b-5909-11e2-8e93-00215ad80a58&fv=1

Outlook | Novo | Responder | Excluir | Arquivar | Lixo Eletrônico | Limpar | Mover para | Categorias

Sónia Marinho Marinho

Pesquise email

Pastas

Caixa de Entrada 145

Lixo 54

Rascunhos 2

Enviados

Excluídos 22

gmail - mclincasaud...

Nova pasta

Visualizações r...

Documentos 3

Fotos 5

Sinalizadas 4

Nova categoria

Re: Autorização_Aurica

Paulo Lopes (pjflopes@gmail.com)

Adicionar aos contatos

07/01/2013

Para: Sónia Marinho Marinho

1 anexo (17,9 KB)

Outlook Exibição Ativa

URICA_Versão_Port...

Exibir online

Baixar como zip

Olá Sónia,

A escala é livre de copyright, não requer autorização.
Chamo apenas a atenção que a escala deve ser utilizada com as categorias de resposta revistas (3 categorias de resposta) mediante a análise efectuada para a população toxicodependente portuguesa, envio em anexo.
No final gostava de ler o seu trabalho.

Desejo uma boa investigação.

Paulo Lopes

Adicionar amigo

Conteúdo de

Saiba mais | Desligar

javascript:void(0);

Desenvolvedores

Português (Brasil)

14:12
29/10/2013